

LA Santé

de l'homme



Promouvoir la santé des personnes âgées

Besançon : une maison
pour **les adolescents**
en **difficulté**

France : une base
d'**actions** d'éducation
pour la santé

Souffrance au
travail : des secteurs
davantage exposés

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :
L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION
Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :
Qualité de vie : **Christine Ferron**
<diere@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et **Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<ericlegrand35@orange.fr>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon** <christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :
Élodie Aïna (INPES), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION
Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours
ADMINISTRATION
Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 2^e trimestre 2009.
 Tirage : 6 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages



Abonnez-vous ! 1 an = 28 €

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Offre spéciale 1^{er} semestre 2009
Je recevrai 2 numéros gratuits parmi les numéros suivants (2007-2008, en fonction des stocks disponibles) :

- La santé... par l'activité pyshique ! – n° 387
- Éduquer au sommeil – n° 388
- Violences et santé : quelles actions éducatives ? – n° 389
- Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation – n° 390
- Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? – n° 391
- La santé des migrants – n° 392
- La santé : un défi pour les étudiants – n° 393
- Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner – n° 394
- Développement durable et promotion de la santé – n° 395

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
Joindre copie R^e/V^e de la carte d'étudiant
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 401

www.inpes.sante.fr
inpes

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France

► Qualité de vie

- Maison de l'adolescent de Besançon :
une prise en charge globale
pour les jeunes en difficulté**
Pascale Baudier, Christian Bourg 4

► Étude

- Une base de données sur les actions
des comités d'éducation santé**
*Philippe Lorenzo, Sandrine Hannecart, Émilie
Christophe, Virginie Tintinger, Nicole Chaussin,
Marie-Josèphe Logez, Christophe Léon* 7
- « Nous devons harmoniser, vers le haut,
nos métiers »**
Entretien avec Jean-Louis San Marco 9

Dossier

Promouvoir la santé des personnes âgées

Introduction

- Lucette Barthélémy, Geneviève Imbert,
Stéphanie Pin Le Corre* 11

- La société doit s'adapter au vieillissement
de la population**
Gilles Berrut 13

- Encadré : « Sachez que notre âge ne nous
interdit pas de penser ! »**
Martine Dorange 16

- Parcours de santé, parcours de vie
durant la vieillesse**
Stéphanie Pin Le Corre 17

- La vieillesse dite par les personnes
très âgées**
Frédéric Balard 22

- « Face aux soins, développer le préventif et le
médico-social au profit des personnes âgées »**
Entretien avec Jean-Claude Henrard 23

- « Les personnes âgées qui en ont le plus
besoin échappent à la prévention »**
Entretien avec Jean-Pierre Aquino 26

- Politiques de santé et promotion de la santé
des personnes âgées**
Geneviève Laroque 29

- Encadré : Les lois et plans de promotion de
la santé en direction des personnes âgées**
Stéphanie Pin Le Corre 31

- Lutter contre la mise à l'écart des aînés,
valoriser tout ce qu'ils nous apportent**
Marie de Hennezel 32

- Le plan Bien Vieillir : première évaluation
des actions de terrain**
Anne Kieffer, Véronique Bernard, Philippe Duprat . . 34

- Les Ateliers du bien vieillir**
*Bruno Corman, Joëlle Devos, Hervé Treppoz,
Vincent Van Bockstael* 37

- Les limites des actions de prévention
destinées aux aînés**
Bernard Cassou 38

- Vivre en ville à tous les âges**
Marie Cauli 39

- Le Projet européen Vieillir en bonne santé**
Nina Waaler Loland 40

- Encadré : Bientraitance des aînés :
un outil pour les professionnels**
Lucette Barthélémy 42

- Pratiques favorables à la santé et grand âge**
Audrey Sitbon, Stéphane Tessier 43

- Pour en savoir plus**
Sandra Kerzanet, Véronique Fava-Natali 44

► Cinésanté

- Cinéma et vieillissement**
Michel Condé, Anne Vervier, Alain Douiller 46

► Enquête

- Souffrance au travail : des secteurs
davantage exposés**
*Christine Cohidon, Marie Murcia et le comité
de pilotage de Samotrace Centre* 49

- « Dans l'entreprise, les mauvaises décisions
sont porteuses de mal-être »**
Entretien avec Fabienne Bardot 51

► Lectures

- Olivier Delmer, Céline Deroche,
Véronique Fava-Natali, Anaïs Loaec* 52



Illustrations : Cécile Becq

Maison de l'adolescent de Besançon : une prise en charge globale pour les jeunes en difficulté

Depuis 2006, la Maison de l'adolescent de Besançon accueille des jeunes de 12 à 20 ans, dans une approche globale de la santé, sans file d'attente et en associant des professionnels pluridisciplinaires : médecins, psychologues, assistantes sociales, etc. Certains des jeunes en souffrance ou en difficulté, accueillis dans cette structure, n'auraient pas pu être pris en charge ailleurs.

La Maison de l'adolescent (MDA) de Besançon est ouverte depuis mars 2006. Elle est issue d'une dynamique créée par l'existence d'un réseau santé jeunes¹. Sa création est aussi liée à la difficulté d'orienter les jeunes, au constat d'un morcellement des prises en charge (méconnaissance réciproque des partenaires) et de l'allongement des listes d'attente. Trois années de fonctionnement de cette structure, dotée justement d'une équipe pluridisciplinaire et d'un travail intersectoriel en réseau, ont-elles permis de pallier ces difficultés ?

S'enrichir des compétences de chacun

La MDA est destinée aux adolescents et jeunes adultes de 12 à 20 ans, à leur famille et aux professionnels qui sont à leur contact : enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux, médecins de

famille, etc. Elle est adossée au service de pédopsychiatrie d'un centre hospitalier spécialisé (centre hospitalier de Novillars) et s'appuie sur un réseau complémentaire, Res'ado².

La MDA a pour mission d'apporter des réponses de santé globale : somatiques, psychiques, sociales, éducatives, juridiques et scolaires. Pour ce faire, elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins (pédopsychiatre, généraliste, pédiatre, nutritionniste), d'un cadre de santé, de psychologues, d'infirmières, d'éducateurs spécialisés, d'une assistante sociale, d'une conseillère d'orientation-psychologue et d'un avocat d'enfants.

Au moment de la mise en place de l'équipe, des formations ont été organisées afin de construire une culture pro-

fessionnelle partagée et des approches thérapeutiques communes et structurées.

Une filière de prise en charge précise et individualisée

La première étape consiste à accueillir dans les meilleures conditions les adolescents et/ou leurs parents, avec ou sans rendez-vous. Toute personne qui pousse la porte de la MDA doit trouver un interlocuteur, quelle que soit sa demande ou sa situation.

Lors du premier entretien, une analyse de la situation du jeune est faite par deux professionnels de formation différente (médecin/psychologue, infirmière/éducateur spécialisé), à travers une écoute à caractère thérapeutique et dans la perspective d'une recherche de solution. En cas de nécessité, une prise en charge est décidée et mise en place. Cette démarche permet de répondre à la complexité de la situation à l'aide de consultations spécialisées (nutritionniste, avocat d'enfants, conseillère d'orientation-psychologue, etc.), ou d'informer, conseiller et orienter.

Ces entretiens ont souvent pour effet de dédramatiser certaines situations, de prévenir le passage à l'acte, notamment les tentatives de suicide. Parfois, l'accompagnement du jeune et de sa famille nécessite du temps. Les professionnels assurent alors une présence continue jusqu'à la résolution du problème quand cela est possible ou mettent en place un relais.

Des accueils thérapeutiques de groupe

Les adolescents et jeunes adultes peuvent être reçus à la MDA pour y effectuer différentes activités thérapeutiques structurées : expression corporelle, dessin, art-thérapie, atelier cuisine. Ces activités ont essentiellement pour but d'améliorer la qualité des relations avec les autres et, à terme, l'insertion sociale des adolescents en souffrance.

Des groupes de parole destinés aux parents venus consulter à la MDA ont lieu également une fois par mois dans un objectif de soutien à la parentalité ; ils sont animés par une infirmière et une assistante sociale.

Un partenaire essentiel : l'Éducation nationale

Un partenariat a été mis en place avec l'Éducation nationale ; il se matérialise de différentes façons. Tout d'abord, une conseillère d'orientation-psychologue est mise à disposition de la MDA. S'appuyant sur son expérience vécue de l'intérieur de l'école et sur le Centre d'information et d'orientation, elle a pour rôle d'aider le jeune à retrouver son dynamisme et sa motivation vis-à-vis de son avenir, dans lequel la problématique scolaire revêt une importance centrale. Cette collaboration permet d'offrir au jeune en difficulté un espace neutre où il peut parler librement de ses difficultés scolaires.

Par ailleurs, une action spécifique en direction des délégués élèves, relais naturels, est proposée aux établissements qui le souhaitent. Elle permet de sensibiliser ces élèves, élus en début d'année, afin de les aider à aborder avec leurs pairs certaines difficultés liées à l'adolescence : mal-être, prise de risque, etc. Cette action, basée sur une approche par les pairs, a pour objectif de les rendre attentifs et capables de repérer plus facilement ce type de difficulté chez leurs camarades. Elle permet de les amener à faire appel aux adultes référents de l'établissement en vue d'une prise en charge ou d'une orientation dans le cadre de structures extérieures adaptées.

Enfin, le réseau Res'Ado apporte un soutien aux équipes éducatives qui connaissent certains problèmes avec des adolescents décrits comme « difficiles ». Ces rencontres permettent

d'échanger, d'écouter les enseignants et de les accompagner dans la recherche de solutions en commun.

Rejoindre les adolescents marginalisés

Une infirmière et deux éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) interviennent à la MDA. Ils participent aux entretiens d'accueil des jeunes, à l'évaluation de leur situation et à leur orientation. Ce partenariat permet, entre autres, d'appliquer la circulaire conjointe santé/justice de 2002, relative à la prise en charge concertée des enfants et des adolescents en grande difficulté, et notamment ceux sous mandat judiciaire. Ces objectifs partagés apportent une réponse de santé aux adolescents/jeunes adultes qui ne sont actuellement pas pris en charge dans le dispositif traditionnel. Cette collaboration assure aussi une continuité et une cohérence, en décloisonnant les secteurs d'intervention. Comme le souligne l'infirmière de la PJJ : « *Ce partenariat permet de cesser de considérer que l'adolescent qui est passé à l'acte ne relèverait que de la justice ou du soin psychiatrique, mais plutôt de le penser dans sa globalité et de travailler tous ensemble autour de cette question.* »

La complémentarité des acteurs

Une évaluation externe, réalisée par l'Observatoire régional de la santé de Franche-Comté, a permis d'établir un premier bilan du fonctionnement de cette maison commune, qui a reçu, au cours de l'année 2008, 617 adolescents, ce qui représente 3 394 entretiens. Le réseau Res'Ado, au terme de trois ans de fonctionnement, a développé un large partenariat, et c'est sans doute la force de ce dernier que l'on a envie de

placer en exergue. En effet, il a permis de faire jouer d'emblée la pluridisciplinarité et de répondre à l'objectif d'approche globale des questions de santé. Par ailleurs, la réactivité de la structure, son accessibilité sans délai, l'existence d'un panel large de réponses sur un même site, sont très appréciées par les usagers et correspondent bien aux besoins complexes et hétérogènes rencontrés aujourd'hui par les familles.

Le réseau Res'Ado adossé à la MDA permet le développement de pratiques collaboratives innovantes et la construction progressive d'une culture et d'un savoir-faire spécifiques. La plus-value en termes d'accès au soin global est manifeste, la MDA devient un vrai lieu de médiation pour la famille, occasion de mise en mots, en présence de tiers professionnels, de problématiques diverses, d'impasses relationnelles variées... Les formules d'accueil proposées ont un effet manifestement facilitateur : nous avons à traiter aujourd'hui des demandes inédites qui seraient probablement restées en souffrance dans nos façons de faire antérieures, tout en disposant d'outils améliorés pour y répondre. Un exemple parmi d'autres, anecdotique par définition mais à la limite du tragique, comme souvent quand il s'agit de passage à l'acte : Éric n'a pas 16 ans. Il accumule ce qu'il ressent comme de profondes humiliations. Et cette fois est de trop : il ne peut pardonner la façon brutale dont son patron vient de mettre fin à son stage. Celui-ci doit payer pour tous. Éric rentre chez lui, dérobe l'arme de chasse de son beau-père, la cache, chargée, sous son lit, décidé dès le lendemain à régler son compte au patron. La mère découvre l'affaire et se confie à des proches ; se met aussitôt en marche le réseau de par-

tenaires. On ne peut épiloguer davantage dans le cadre présent mais la mise en suspens de la menace d'un passage à l'acte auto ou hétéroagressif, la suspension du temps qui permet de se ressaisir et de redonner aux mots toutes leurs chances, exige un type d'intervention différencié, crédible, aussi paternel que maternel, une limite aussi ferme que dénuée de violence. Le dispositif décrit nous semble bien adapté pour mobiliser l'intelligence collective requise et faire en sorte qu'un jeune en danger baisse la garde, au sens figuré comme au sens propre dans le cas présent.

Le temps

Toutefois la Maison doit aussi faire face et composer avec plusieurs difficultés structurelles. L'un des principaux écueils est que nos interventions s'inscrivent nécessairement dans des temps relativement limités afin de préserver la réactivité des réponses. Or, pour certains adolescents, un temps d'accompagnement plus long peut être indispensable, et ces situations sont de plus en plus nombreuses. Il nous faut donc en permanence être attentifs afin de rester en capacité d'accueillir sans délai tout adolescent qui pousse la porte. Car telle est notre mission première. Par ailleurs, il manque cruellement de réponses d'aval, notamment quand il s'agit d'orienter les adolescents vers des structures d'accueil hospitalières, sociales ou médico-sociales, ou tout simplement vers des psychothérapies plus structurées.

Pascale Baudier

Coordinatrice du réseau de santé Res'Ado,

Christian Bourg

Responsable médical,

Maison de l'adolescent, Besançon.

1. Réseau pluriprofessionnel construit dans le cadre du Programme régional de santé « Dépression et suicide » (1998-2003).

2. Réseau pour la santé, la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes. Il a pour objectif d'établir des liens entre les professionnels au contact des adolescents et des jeunes adultes, afin d'améliorer les réponses au mal-être par une approche globale et pluridisciplinaire des besoins de santé.

Contact

Res'Ado : 13, rue des Jardins

25000 Besançon

Tél. 03 81 53 97 66

Mail : secretariat.resado@ch-novillars.fr

Paroles d'adolescents : « Des personnes pour nous aider »

Diane, âgée de 17 ans, a été reçue dans notre structure à un moment où elle se sentait en difficulté. Ces mots à eux seuls expriment très justement ce que beaucoup d'adolescents ressentent : « Pour moi, l'adolescence, c'est passer du monde des enfants à celui des adultes, avec tous les problèmes qui vont avec. À cet âge-là, on apprend la vie et on n'a pas souvent les réponses aux questions que l'on se pose, on n'a pas toujours des proches autour de nous pour nous aider. À la Maison de l'adolescent, j'ai trouvé un soutien, des adultes à qui parler et confier des choses que l'on ne peut pas toujours raconter à ses amis. »

Étienne, âgé de 16 ans, est venu nous rencontrer pour la première fois il y a un an. Il dit « s'enterrer de plus en plus à cause de la drogue » et déclare manquer de confiance en lui et se sentir plus fort après avoir fumé : « J'étais mieux avec ça que sans, je préférais m'enfermer là-dedans plutôt que d'insulter les profs en cours, je suis souvent défoncé en classe. » Ce jeune homme se dévalorise énormément et lors d'un entretien nous confie : « Ma mère m'a sauvé plusieurs fois, je lui fais plein de promesses mais je ne les tiens pas, je me fous toujours de ma mère, ça va pas, je voulais me foutre en l'air pour plus voir ce que je fais, je ne respecte rien, pourquoi mon père m'a fait comme ça, je suis inhumain, il y a des choses que je ne peux dire à personne. »

Il y a aussi les propos de ces jeunes que nous rencontrons dans le cadre de nos actions de prévention et qui montrent l'intérêt de travailler en amont des difficultés : « J'ai appris des choses sur les personnes en difficulté mais aussi sur moi-même » ; « Ce travail était très enrichissant, ça m'a ouvert l'esprit » ; « Cette action montre aux jeunes bien dans leur peau que certains ne sont pas dans le même cas, retour à la réalité », « Elle aide à comprendre les troubles de l'adolescence, aide à prêter plus attention à nos camarades en difficulté »...

P. B., C. B.

Une base de données sur les actions des comités d'éducation santé

Quelles sont les actions mises en œuvre en France, sur le terrain, par les cent vingt comités d'éducation pour la santé ? Désormais une base d'actions gérée par la Fédération nationale des comités est accessible via Internet. En construisant cette base, la Fnes a recueilli des données précieuses sur les programmes mis en place, les thèmes abordés et l'expertise apportée aux organismes et aux populations.

La Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes), qui regroupe la grande majorité des comités régionaux et départementaux implantés en France, vient de mettre en ligne sur son site Internet une base de données des actions mises en œuvre sur le terrain (1 693 actions). Suite à une enquête sur les comités d'éducation pour la santé réalisée en 2004 (*La Santé de l'homme n°384, juillet-août 2006*), la Fnes s'était engagée à un recueil constant d'informations auprès des comités de son réseau. Soutenu par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), ce travail a abouti à la construction d'une base de données portant sur la description des comités et sur la valorisation de leurs actions. Expérimental en 2007, cet outil s'est suffisamment étoffé en 2008 pour devenir, en 2009, représentatif du travail des comités d'éducation pour la santé et pour que soit mise en chantier une présentation cartographique des actions, disponible via le site Internet de la Fnes depuis mars 2009.

Dénommée « Système d'identification des actions », cette initiative poursuit le double objectif de faciliter la connaissance du réseau des comités pour l'ensemble de ses partenaires et des parties prenantes en promotion de la santé, et d'identifier et valoriser les actions en promotion et en éducation pour la santé réalisées par le réseau. S'appuyant sur une mobilisation régionale, cette action de mutualisation est le fruit d'un groupe de travail national intégrant des comités issus du réseau de la Fnes et des représentants de l'INPES.

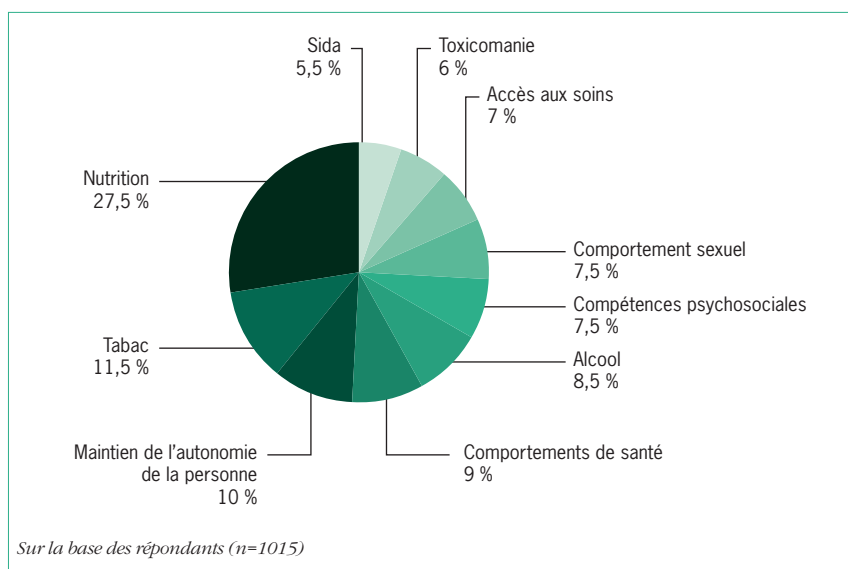
Les comités : six cents salariés

Dans un futur proche, il sera intéressant d'étudier dans quelle mesure la réorganisation actuelle du réseau des comités en Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)¹ aura un impact, tant sur leur activité que sur leur composition. Pour l'heure, le réseau est formé de comités départementaux ou régionaux dont les organisations et appellations varient d'un territoire à l'autre.

En 2007, le réseau des comités comptait près de six cents salariés dont l'âge moyen était de 38 ans et 9 mois et l'ancienneté moyenne de quinze ans. Plus de la moitié d'entre eux possédaient un diplôme au moins équivalent à bac +4, le plus souvent un DESS/Master II. Près d'un tiers a suivi des formations en sciences humaines, près de 15 % en santé publique ou en gestion et administration. Les filières médicales et paramédicales, la communication, la documentation, l'animation ou l'aménagement du territoire participent à la culture des professionnels du réseau qui développent leur pratique sur des bases théoriques et universitaires solides. Plus des deux tiers des salariés ont suivi une formation spécifique en éducation pour la santé, majoritairement en formation initiale ou continue mais aussi en interne.

Près de 60 % des professionnels sont impliqués dans l'animation et l'action

Figure 1. Les dix thèmes les plus abordés par les actions des comités





de terrain, et la moitié accomplit des missions de formation et de conseil méthodologique. La documentation et la direction sont les activités impliquant le total d'heures travaillées sur une année le plus important.

De la pratique à l'expertise

Les comités se positionnent comme intervenants directs auprès des populations et s'adressent à des publics variés de tous âges. Ils proposent également une offre d'appui et d'expertise en promotion et éducation pour la santé auprès des professionnels et bénévoles, en particulier du soin, du social, de l'éducation ou de la formation. Leurs actions se développent majoritairement à un échelon local, départemental, avec toutefois une part importante à un niveau régional. Près de 55 % d'entre elles répondent aux priorités de santé publique et s'inscrivent dans les Plans régionaux de santé publique (PRSP). L'autre moitié des actions se développe grâce à des financements de l'INPES, des collectivités locales et, d'une manière moins généralisée, des entreprises ou de l'Union européenne. Le soutien de l'Union européenne est majoritairement lié aux programmes Interreg (coopération interrégionale associant au moins trois pays de l'Union) et, de ce fait, accessibles uniquement aux départements frontaliers des régions européennes.

Tout en revendiquant une approche globale et spécialisée en éducation pour la santé, notamment avec des actions sur le développement des compétences psychosociales, le réseau des comités développe aussi ses interven-

tions autour de quelques thématiques centrales (voir Figure 1). La principale d'entre elles est la nutrition, abordée à travers l'alimentation et l'activité physique, l'équilibre alimentaire ou les spécificités des besoins et comportements nutritionnels des différents types de population. Les addictions (tabac, alcool, toxicomanie) sont également prioritaires, suivies du maintien de l'autonomie de la personne âgée, de population en situation de vulnérabilité, ou encore du patient. Ces deux dernières activités ont connu un fort développement depuis 2004, puisque d'assez marginales elles occupent désormais 10 % des thématiques.

Enfin, le réseau des comités est un acteur très présent dans la production de connaissances dans les champs de l'éducation et de la promotion de la santé. En 2007, 354 outils d'intervention (coffrets pédagogiques, CD-Rom, etc.) et de communication (dépliants, affiches, etc.) ont été créés.

Rendre visibles les actions

Si les comités d'éducation pour la santé sont des acteurs incontournables en région, comme en témoigne leur place de porteurs des pôles régionaux de compétences², l'absence d'une construction nationale de leur travail et de sa valorisation les a très certainement pénalisés en les rendant peu visibles. La création de cette base de données pérenne est donc une avancée, d'autant plus qu'elle se double d'une représentation géographique dynamique accessible à tout un chacun via le site Internet de la Fnes. À partir de critères de recherches tels que le thème, le public,

l'année ou le territoire, les actions des comités sont disponibles sous forme de fiches détaillées.

Une étape importante vient ainsi d'être franchie. Car l'objectif poursuivi est surtout de mettre à disposition et de pouvoir partager les actions, en faisant en sorte qu'elles puissent être reproduites ailleurs par d'autres, en appelant à la mutualisation et au transfert d'un savoir-faire tout autant que d'un savoir-être. Dans ce sens, le développement de la base de données prévoit pour cette année 2009 l'intégration de critères de qualité formalisés permettant en particulier l'identification d'actions transférables. Enfin, ce travail de constitution d'une base d'actions, pour l'instant limité au seul réseau des comités d'éducation pour la santé, peut très certainement s'ouvrir plus largement à d'autres intervenants, par exemple en mobilisant, au sein des régions, les pôles de compétence en éducation pour la santé.

Philippe Lorenzo

Directeur, CRES Picardie.

Sandrine Hannecart

Chargée de mission, Craes Aquitaine.

Émilie Christophe

Chargée de projets et de communication, Ires Lorraine.

Virginie Tintinger

Chargée de projets, CDES Pas-de-Calais.

Nicole Chaussin

Déléguée aux affaires scientifiques et à la prospective,

Marie-Josèphe Logez

Déléguée développement fédératif, Fnes.

Christophe Léon

Statisticien, chargé d'études et de recherche, INPES.

1. Voir à la suite de cet article l'interview du professeur Jean-Louis San Marco, président de la Fnes.

2. Les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé, développés sur appel à projet de l'INPES, sont des plates-formes opérationnelles de ressources et de services pour tous les acteurs de la région œuvrant dans le champ de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, qu'ils soient porteurs de projets ou intervenants de terrain, relevant du monde associatif ou institutionnel. Ils fédèrent les compétences et ressources présentes en région pour venir en appui des actions de proximité grâce à la mise à disposition de fonctions supports : conseil méthodologique, évaluation, formation initiale et formation continue, documentation, outils pédagogiques, communication.

Pour en savoir plus

<http://www.fnes.fr>, puis cliquer dans « Les actions »

Entretien avec le professeur Jean-Louis San Marco, président de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)

« Nous devons harmoniser, vers le haut, nos métiers »

La Santé de l'homme : Pouvez-vous nous présenter, en quelques mots, la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé ?

Jean-Louis San Marco : Un peu d'histoire. Pendant trente ans, une association nationale, de type 1901, appelée Comité français d'éducation pour la santé (CFES), a non seulement fédéré les comités locaux, départementaux et régionaux, mais aussi été leur garant. Le CFES parlait au nom des comités, les défendait, vérifiait le respect de la charte d'Ottawa, qui nous unissait. À la création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2002, l'ex-CFES association a disparu, remplacé par un établissement public administratif sans relation avec le réseau des comités. Ce réseau s'est retrouvé orphelin. Les comités ont décidé de créer une structure de liaison pour empêcher que des forces centrifuges ne les envoient chacun dans leur coin, selon des orientations et des modalités d'action différentes. La Fédération est donc le produit d'une auto-décision des comités. C'est un outil fédératif qui vit, depuis sept ans maintenant, grâce, je dois le dire, au soutien de l'INPES, qui l'aide, le loge, même si nous pouvons avoir des divergences dans nos approches respectives.

S. H. : Quelles sont les missions assignées à la Fédération et comment les remplit-elle ?

Ce doit être une structure qui permette aux comités locaux de garder du lien, de parler entre eux mais aussi avec l'extérieur. Remplit-elle bien ses missions ? Plus ou moins. La Fnes, c'est un fait, n'a pas su exister en tant que telle et n'est pas reconnue pour l'instant par ses pairs. À titre d'exemple, lorsqu'il y a eu un début de discussions à propos de la création des agences régionales de

santé (ARS) et notamment du rôle des agences sur la thématique de la prévention, la Fnes n'a pas été invitée à la table de discussion. Petite structure, sept années d'existence, pas de grand baptême, une émanation de la base... Nous sommes dans une société qui aime ce qui descend du haut vers le bas, hélas ! N'apparaissant pas indispensable aux yeux de nos pairs, de nos tutelles, nous devons réagir.

S. H. : Comment ?

Mes prédécesseurs ont décidé de mettre en œuvre trois chantiers. L'un sur nos métiers avec une question fondamentale : « Quel métier faisons-nous ? ». Puis la définition d'une démarche de qualité commune et valable pour chacune des structures et, enfin, une réflexion sur l'une de nos plus grosses faiblesses, qui tient à l'ambiguïté même de notre situation : nous sommes un milieu associatif et nous exerçons une

mission de service public. Il faut voir d'où nous partons. Nous fonctionnons avec un éparpillement des statuts, des métiers, des conventions collectives quand il y en a. Tout cela se traduit notamment par des différences de coût. Nous proposons aujourd'hui un titre motivant représentant l'harmonisation, vers le haut, de nos métiers. Il s'agit du titre *d'ingénieur-conseil en éducation pour la santé*. Ce titre est non seulement ambitieux pour les individus mais aussi pour la collectivité. Cette première proposition est, à mes yeux, importante, dynamisante et fédérative, elle donne une existence réelle à la fédération.

S. H. : Cela veut-il dire que vous vous dirigez vers une professionnalisation accrue des structures associatives ?

Nos structures regorgent de professionnalisme. Nous souhaitons encore mieux assumer nos missions d'origine,

qui restent celles des comités régionaux d'éducation pour la santé. Je les rappelle : participation à l'élaboration de la politique de santé, soutien documentaire, soutien méthodologique, aide à l'évaluation (*NDLR : missions qui s'inscrivent dans les pôles régionaux de compétences actuellement en cours de mise en place, voir aussi article ci-avant*).

Nous souhaitons favoriser au mieux notre rôle « d'aidant » des acteurs de prévention. La recherche d'une démarche de qualité, c'est la même chose. Le CFES avait en charge de faire des inspections dans les comités locaux. Ce n'est plus possible parce que nous ne disposons pas des moyens appropriés. La Fédération a besoin d'un cadre, d'un cahier des charges et cela marche plutôt bien puisque, en un an, plus de la moitié des comités locaux ont approuvé cette démarche. Je précise que nous nous sommes donné jusqu'au 30 juin 2009 pour que l'ensemble des structures approuve ce cadre.

S. H. : Et quant à l'ambiguïté principale, une association avec une mission de service public ?

La Fnes a commandé un audit à Jacques Bury, enseignant en santé publique et autorité reconnue, et à Jean-Pierre Claveranne, économiste de talent, pour nous apporter des éléments de réponse. Plusieurs scénarii nous sont proposés : le statu quo, nous orienter vers une association, ou/et assumer notre rôle de mission de service public. Nous avons choisi la troisième voie.

S. H. : Face à la création des ARS, quel pourrait être le rôle de la Fnes ?

Puisque ARS il va y avoir, nous devons être prêts. La création des ARS doit être considérée comme l'occasion, difficile certes, de nous réformer et de nous adapter aux besoins qui seront les nôtres dans les cinq années qui viennent. Pour cela, la Fédération

doit se doter des moyens d'existence autour d'une tête et d'une structure locale. Ce qui ne veut pas dire que la structure locale soit identique dans toutes les régions. Je suis fédératif. Voyons, là encore, les scénarii qui s'ouvrent à nous : la fusion des structures existantes, la fédération ou l'alliance formelle, avec une seule tête, légitime, désignée pour discuter avec les ARS. Nous devons garder la richesse et la teneur de notre tissu premier qui est, ne l'oublions pas, associatif.

S. H. : Personnellement, quelle est la marque que vous souhaiteriez impulser à la Fnes ?

C'est simple, je souhaiterais que nous soyons reconnus comme incontournables et nécessaires. Et que l'on puisse nous reprocher de ne pas en faire assez !

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Retrouvez *La Santé de l'homme* sur Internet



Vous trouverez sur www.inpes.sante.fr

- en cliquant sur la vignette de la revue en page d'accueil à droite :
- le sommaire détaillé des numéros parus entre 1999 et 2003 ;
- et, depuis 2003, tous les sommaires et une nouveauté : **cinq à dix articles de chaque numéro en accès gratuit et intégral.**

Quatre rubriques composent l'espace de *La Santé de l'homme*

- La revue (présentation)
- Sommaires (liste des numéros parus depuis 1999 avec accès direct au sommaire)
- Articles en ligne (pour chaque numéro, un résumé et cinq à dix articles)
- Index des articles par mots-clés
- Commandes/Abonnements (accès au bulletin d'abonnement, à la liste des numéros disponibles et au formulaire de commande des numéros).

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'INPES qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'INPES traitant cette thématique.

Promouvoir la santé des personnes âgées

Associer promotion de la santé et avance en âge, comme le sous-entend la notion de « bien-vieillir », pose une série de questions quant au contenu des programmes et aux objectifs qui sont recherchés. Tel est l'objet de ce dossier de *La Santé de l'homme* que vous proposent conjointement l'INPES et la Fondation nationale de gérontologie (FNG). Il s'agit à la fois de s'interroger sur la population concernée – de quels aînés parle-t-on ? – et d'ouvrir un questionnement sur les connaissances, les pratiques et les perspectives en matière de promotion de la santé dans le contexte de l'avance en âge, en privilégiant une approche humaniste sans occulter les inégalités sociales de santé.

Enjeux sociétaux et définition des personnes âgées

Dans la première partie, le dossier explore le contexte dans lequel s'inscrit la promotion de la santé en direction des personnes âgées. Gilles Berrut, professeur de gériatrie, présente et discute les enjeux posés aujourd'hui par l'allongement de la durée de vie. De plus en plus fréquemment, la vieillesse n'est plus abordée uniquement comme une étape du parcours de vie mais comme un problème médico-social et économique. La prise en charge de la perte d'autonomie figure en effet parmi les principaux défis du vieillissement posés à la société et aux financements publics. Au-delà de la stricte prise en charge médicale des personnes âgées, c'est plus largement leur statut dans la société et leur reconnaissance sociale

qui sont posés et servent de toile de fond aux plans de santé publique concernant cette population.

Avec les travaux du Centre interfacultaire de gérontologie de Genève, nous nous arrêterons ensuite sur les spécificités et l'hétérogénéité des parcours de vie durant la vieillesse. Le plus souvent, l'âge biologique et la sortie de la vie active définissent le statut des « personnes âgées ». Ces critères permettent difficilement d'appréhender la réalité et la diversité des modes de vie, des trajectoires de santé de ceux que la société désigne comme « âgés », « vieillards » ou « seniors ». Les travaux en gérontologie des dernières années ont proposé une autre analyse de la vieillesse, qui, au-delà de l'âge biologique, prend en compte le statut fonctionnel ou la qualité de vie. Ces indicateurs permettent de mieux caractériser des groupes de personnes âgées, de tracer des trajectoires de vieillissement et d'appréhender les déterminants des parcours de vie et de santé de la population vieillissante.

Évolution des politiques gérontologiques et pertinence de la promotion de la santé dans le contexte de l'avance en âge

En 1962, Pierre Laroque, président de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, concluait, dans son rapport, sur « *la nécessité de concilier, d'une part, l'adaptation du milieu et des conditions d'existence à l'état physique et psychique des personnes âgées, d'autre part, leur maintien dans la société, en*

Dossier coordonné par **Lucette Barthélémy**, chargée de mission en promotion de la santé, coordonnatrice du programme Vieillir en bonne santé, INPES, **Geneviève Imbert**, anthropologue, docteur en santé publique, directrice de recherche, Fondation nationale de gérontologie, Paris et **Stéphanie Pin Le Corre**, sociologue, chargée de recherche à l'INPES.

excluant toute ségrégation ». À cette époque, déjà, les actions de prévention mises en œuvre en faveur des personnes dites « âgées » visaient à lutter contre « les effets non inéluctables du vieillissement », notamment en les amenant à « observer une hygiène de vie favorable ».

À partir d'une approche historique et dans une dynamique prospective, Geneviève Laroque, présidente de la FNG, retrace l'évolution des politiques sanitaires et sociales et des actions de promotion de la santé destinées aux « personnes âgées » en France.

Compte tenu de la thématique de ce numéro qui envisage la promotion de la santé dans le contexte de l'avance en âge, il nous est apparu légitime de donner également la parole au professeur Jean-Claude Henrard et au docteur Jean-Pierre Aquino, tous deux impliqués, depuis de nombreuses années, dans le champ de la santé publique et de la gérontologie. Les morceaux choisis présentés dans les pages qui suivent montrent en particulier l'influence de leur trajectoire et de leurs expériences professionnelles sur leur positionnement, à la fois contrasté et convergent, vis-à-vis des actions de prévention dans le contexte de l'avance en âge et du « bien-vieillir ». Ces extraits d'entretiens pourront permettre de nourrir les réflexions menées sur ce thème récurrent mais aussi plus largement sur les politiques de santé en France.

Mise en œuvre des actions de promotion de la santé

Plutôt que de présenter des exemples concrets d'actions en promotion de la santé, l'idée centrale est de questionner les pratiques d'interventions et produire des éléments d'éclairage méthodologique pour illustrer les trois critères de qualité des actions de promotion de la santé : une approche globale et positive de la santé, des stratégies d'actions plurielles et la démarche participative. La finalité de ces programmes est de donner aux personnes les moyens de faire des choix éclairés de santé.

Cette première décennie du XXI^e siècle nous permet de construire des actions en direction des personnes âgées dans le cadre de référence générale en promotion de la santé inscrit en 1986 dans la définition de la santé (OMS, charte d'Ottawa). L'approche

globale et positive de la santé est décrite dans le concept de « vieillissement actif » (OMS, 2002), comme « *le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie* » et dans celui de « vieillissement en santé » (programme européen *Healthy Ageing*) comme « *le processus d'optimisation de la santé physique, mentale et sociale afin de permettre aux personnes âgées d'être actives socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie* ».

Les stratégies d'actions se conjuguent au pluriel, prenant en compte les déterminants individuels et socio-environnementaux de la santé. Le projet Vieillir en bonne santé (*Healthy Ageing*, 2004-2007) a retenu dix thèmes prioritaires pour l'action : la retraite et la préretraite, le capital social, la santé mentale, l'environnement, la nutrition, l'activité physique, la prévention des accidents et des traumatismes, la consommation et l'abus de substances addictives, l'utilisation des médicaments et les problèmes associés, l'utilisation des services de santé préventifs bonne santé. L'étude réalisée sur trois années de l'appel à projet Bien-vieillir DGS-CNSA apporte des éléments méthodologiques sur la mise en œuvre d'actions à partir de l'évaluation des « bonnes pratiques ». Ces actions doivent

intégrer au moins deux des quatre dimensions du bien-vieillir : la prévention des maladies, la promotion de la nutrition et de l'activité physique, l'aménagement d'un environnement individuel et collectif, et le rôle social des seniors. Dans les ateliers santé, l'objectif est de créer les conditions et les opportunités pour que les personnes âgées puissent avoir une activité physique régulière, des habitudes alimentaires saines, des relations sociales et des occupations intéressantes pour aider les seniors à bien vieillir et être acteur de leur santé.

La notion de participation au cœur des actions de promotion de santé est illustrée par l'article de Marie Cauli : ou comment les personnes âgées participent à l'état des lieux, à la conception et à la mise en œuvre d'actions concrètes, ici la création d'un environnement favorable aux personnes âgées dans la ville de Lille (programme de l'OMS Villes amies des aînés). Cette approche permet de prendre en compte la complexité des besoins et des attentes des seniors et d'élargir les offres à des personnes laissées dans l'ombre ou se sentant délaissées.

**Lucette Barthélémy,
Geneviève Imbert,
Stéphanie Pin Le Corre,**
coordinatrices du dossier.

La société doit s'adapter au vieillissement de la population

La population vieillit, quels sont les enjeux et les conséquences pour la société française ? Le professeur Gilles Berrut passe en revue les aspects démographiques, économiques et sociaux de cette évolution. Il plaide pour un développement de la recherche, une amélioration des soins et de la prise en charge de la dépendance afin que la vieillesse soit davantage synonyme de qualité de vie.

Le vieillissement est un enjeu majeur pour les sociétés occidentales et un facteur de modification des équilibres sociaux dans les pays en voie de développement dans les prochaines années. Après en avoir défini les principaux termes, nous envisagerons les aspects démographiques, économiques, sociaux et fonctionnels du vieillissement.

Quelques définitions

Le *vieillesse* se définit par l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr (1). Il s'agit d'un processus lent, progressif et irréversible qui résulte des facteurs génétiques et environnementaux. Ce processus est également dépendant des événements de vie individuels (travail, deuil, traumatisme, affections aiguës, etc.) ou collectifs (guerres, crises économiques, migration, etc.). C'est pourquoi le vieillissement est dans son essence hétérogène et peut varier considérablement d'un individu à l'autre. Il est complexe dans sa présentation et multifactoriel, dépendant à la fois de facteurs extrinsèques et intrinsèques, dans ses mécanismes. La résultante est une réduction des capacités d'adaptation de l'individu lors de tout événement, surtout ceux qui sont sources de stress et, de manière conséquente, une diminution de performances quelle que soit la fonction organique/biologique. Les comorbidités sont des facteurs aggravants de ces mécanismes. Le vieillissement porte en lui une ambivalence. D'un côté, il véhicule l'image parfois caricaturale et inexacte de la fatalité, avec le déclin des aptitudes, de la

beauté du corps, voire même de la curiosité, de l'intelligence et de l'esprit ainsi qu'une perte du rôle social. D'un autre côté, il représente une potentialité de vie après le travail, l'occasion de découvrir un nouveau rôle au sein de sa famille ou de ses relations sociales, de transmission d'une expérience, d'une culture ou de valeurs pour la génération des petits-enfants.

La *gériatrie* correspond à une discipline médicale visant à la prise en charge de la personne âgée malade. Par convention, on considère comme gériatrique un patient de plus de 75 ans auquel s'ajoutent des facteurs de comorbidité et de précarité somatiques, psychiques et sociaux.

La *gérontologie* est une discipline qui étudie le vieillissement sous tous ses aspects (épidémiologiques, économiques, sociaux, historiques, psychologiques, etc.). On considère que le vieillissement concerne des changements survenant après l'âge de 65 ans. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'âge du vieillissement reste celui de 60 ans, qui dans notre pays représente encore l'âge légal de départ à la retraite.

Enfin, l'*âgisme* est la discrimination négative vis-à-vis des sujets âgés et/ou de la vieillesse. Bien qu'il s'agisse d'un excès rare de manière consciente, il peut correspondre à une moindre attention aux personnes âgées du fait de projections personnelles sur son propre vieillissement ou d'une société qui n'est pas dans une perspective dynamique vis-à-vis de son avenir.

L'*espérance de vie* est le nombre d'années de vie d'une classe d'âge donnée. Il est également fait référence à l'*espérance de vie sans incapacité*, c'est-à-dire au nombre moyen d'années de vie en l'absence de dépendance fonctionnelle.

La *longévité* d'une espèce est la durée de vie maximale observée pour cette espèce. Elle varie fortement d'une espèce à l'autre, allant d'un mois chez la mouche drosophile à 3,5 ans chez le rat et jusqu'à 300 ans chez les tortues. Dans l'espèce humaine, les avis divergent entre 120 et 125 ans. Mais le record de longévité de 122 ans de Jeanne Calment pour la France oriente vers la deuxième hypothèse.

Aspects démographiques

La démographie d'une population est figurée par la pyramide des âges (2). Il s'agit de la répartition des effectifs de la population pour chaque année de naissance, présentée séparément selon le sexe. En France, la pyramide des âges se caractérise par une réduction importante de natalité pendant les années de la guerre de 1914-1918 dont l'effet s'efface progressivement puisqu'il s'agit de personnes âgées de 94 à 98 ans, et d'une réduction des effectifs des tranches d'âges les plus jeunes. Malgré tout, après une réduction de la natalité de 1983 à 1993, le taux de natalité se maintient aux environs de deux enfants par femme. À l'opposé, la répartition est la plus forte pour les effectifs des années 1943 à 1973, correspondant aux naissances de l'après-guerre, appelées « baby-boom ». Les personnes appartenant à cette période de forte natalité ont

Tableau 1. Âge moyen de survenue d'incapacités dans les activités de la vie quotidienne (Grande-Bretagne)

Type d'activité	Âge moyen de survenue d'incapacités
Prendre un bain	81,5 ans
Se déplacer autour de la maison	84,8 ans
Aller et revenir des toilettes	91,7 ans
S'habiller	92,2 ans
Se relever d'une chaise	93,6 ans
Transfert de lit	95,5 ans

Source : Jagger C., Arthur A.J., Spiers N.A., Clarke M. *Patterns of onset of disability in activities of daily living with age*. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2001 ; 49(4) : 404-9.

entre 36 et 66 ans. Ainsi, les effectifs les plus âgés du baby-boom entrent en période légale de départ à la retraite et le déséquilibre ainsi créé entre les populations à la retraite et les populations actives au travail va s'accroître pendant trente ans (3). Si l'on estime que les sujets de 60 ans ont une espérance de vie de vingt-cinq ans en moyenne, ce sureffectif sera présent environ soixante ans !

L'espérance de vie intègre les décès survenant à tous les âges ; elle est ainsi influencée par la mortalité néonatale, par les accidents au cours de la vie (guerre, accident du travail, accident de la vie courante) et ne reflète pas correctement le vieillissement d'une population. On utilise volontiers au grand âge les espérances de vie après 60 ans, c'est-à-dire le nombre moyen d'années de vie d'une tranche d'âge de plus de 60 ans. Ainsi, on estime que l'espérance d'un sujet de plus de 60 ans était de

moins de quinze ans au cours du XIX^e siècle, et qu'elle est proche de vingt ans chez les hommes et vingt-cinq ans chez les femmes au début du XXI^e siècle. Après la guerre de 1939-1945 et jusque dans les années 1970, l'espérance de vie a augmenté grâce à la réduction de la mortalité néonatale. À partir des années 1990, ce sont les tranches d'âge situées entre 65 et 74 ans qui ont la plus forte croissance de leur espérance de vie. Mais, avec l'amélioration des conditions de vie et de soins, les personnes âgées de 75 à 84 ans voient croître leur espérance de vie et il est prévisible que cette augmentation concernera les âges les plus élevés situés au-delà de 85 ans à partir de 2030.

L'espérance de vie sans incapacité représente mieux que ne le fait l'espérance de vie le retentissement du vieillissement de la population sur les coûts de santé et la nécessité des moyens sanitaires et sociaux à mettre en

œuvre pour les personnes âgées. À titre d'exemple, on estime que, dans une population de plus de 60 ans, environ 4,7 % des hommes et 6 % des femmes ont une incapacité modérée, l'incapacité sévère intéressant respectivement 0,9 % et 2 % de cette population.

Un autre mode de présentation est de rechercher à partir de quel âge, en moyenne, se révèle une incapacité pour une activité de vie quotidienne. Dans un travail réalisé en Grande-Bretagne, il a été possible de définir les âges moyens observés en fonction des niveaux de performance pour les différentes activités de vie quotidienne chez plus de 35 000 sujets (*voir tableau 1 ci-contre*). Ces données globales ne doivent pas masquer les disparités entre les territoires. Ainsi, les régions de l'ouest et du sud de la France ont une proportion de personnes âgées plus importantes sans doute par l'héliotropisme à l'âge de la retraite.

En ce qui concerne la démographie territoriale, pour les sujets de plus de 75 ans, à l'inverse, la proportion de personnes âgées est homogène – de l'ordre de 8 % – que ce soit en ville ou à la campagne, mis à part certains pays exclusivement ruraux où la proportion de personnes âgées peut atteindre 12 % de la population. Cela montre que, si les personnes âgées semblent très présentes en milieu rural, la majorité des personnes de plus de 75 ans vivent en milieu urbain.

Aspects économiques

Le travail représente la principale dimension économique d'une existence et indique souvent la position sociale de l'individu (4). Les évolutions techniques, un certain mythe du jeunisme ainsi que les difficultés économiques et la crise dans le milieu d'entreprise ont entraîné un départ prématuré de nombreux salariés avant l'âge de la retraite. Ce mouvement a été accompagné par l'État par une aide de prise en charge des préretraites dans l'espoir d'ouvrir plus de postes aux plus jeunes. Ainsi, l'augmentation importante de l'espérance de vie ne s'est pas traduite par une augmentation de l'âge moyen des personnes au travail. Cela rend compte de la place de l'emploi des seniors en France (33 %), comparée aux autres pays : 68 % en Suède avec une moyenne européenne qui se situe

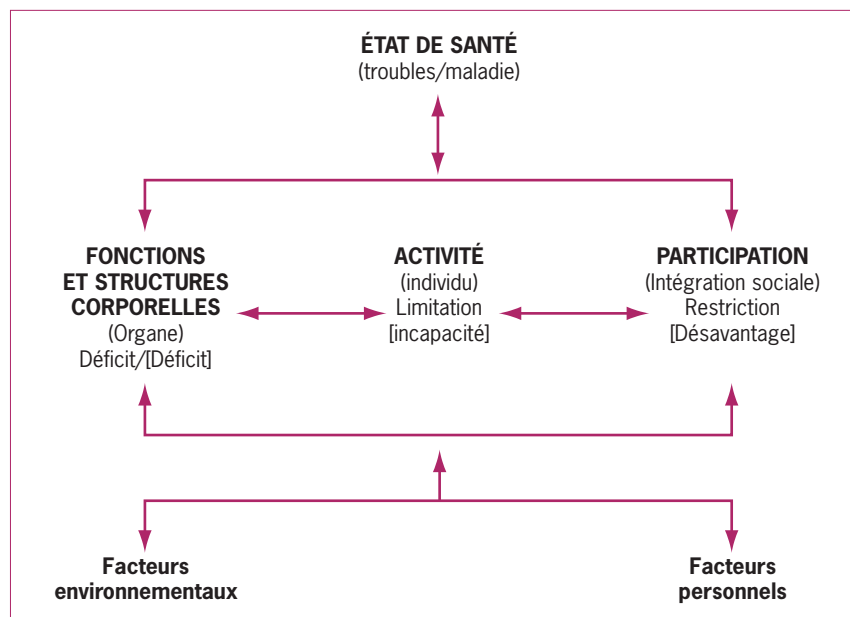
autour de 40 %. Mais l'évolution économique, la crainte d'un ratio actifs/retraités défavorable, mais aussi la rupture de transmission des techniques entre les plus expérimentés et les débutants ont imposé la promotion du maintien des seniors dans le travail. Ainsi, la proportion de sujets entre 50 et 60 ans au travail est passée de 53 % à presque 60 % entre 2000 et 2003 ; et celui des 60 à 64 ans a augmenté de 13 % à 18 % au cours de la même période. Selon des estimations, le rapport du nombre de sujets actifs (âgés entre 19 et 65 ans) et inactifs (de 1 à 19 ans et plus de 65 ans) augmentera jusqu'en 2010 (ratio à 1,4), puis décroîtra de manière continue pour s'inverser (inférieur à 1) en 2050.

Aspects sociaux

Avec l'âge et la modification d'activité, les relations sociales se réduisent. Cette réduction intéresse aussi bien la quantité d'activité que la qualité affective que le sujet entretient avec son univers social. Ce processus résulte d'un double désengagement : l'individu se retire de la société et la société reprend progressivement toutes les responsabilités sociales (familiales et associatives) que remplissait l'individu. On parle de processus de marginalisation. Le désengagement est vécu de manière différente selon que le sujet a préparé ce retrait et/ou a su contextualiser sa vie professionnelle par rapport à sa vie extraprofessionnelle avant le départ à la retraite. Pour les femmes qui n'ont pas eu d'activité professionnelle et pour celles qui ont eu une activité à temps partiel, la retraite a peu de retentissement et c'est plutôt le nouvel équilibre familial créé par la présence constante du conjoint et l'évolution familiale des enfants qui nécessite un travail d'apprentissage à des rythmes et des activités parfois différents. Les célibataires qui ont développé des liens sociétaux actifs conservent un investissement important et développent des solidarités sociales actives même au grand âge.

Le temps du départ à la retraite, qui correspond aux personnes âgées de moins de 70 ans, est le temps de la déprise. Parmi les stratégies qui permettent le maintien d'une activité, est favorisée une stratégie de substitution : aux activités impossibles du fait de leur lien au travail ou de la nécessité de performance physique pour les réaliser, le sujet développe de nouvelles activités

Figure 1. Classification fonctionnelle des maladies selon l'OMS, 2001



dont il fait le choix, qui permettent d'exprimer des potentialités nouvelles et de ne pas rester sur l'impossibilité de la situation antérieure.

Aspects fonctionnels

La démarche médicale est centrée habituellement sur la maladie mais la personne âgée invite à s'intéresser également à d'autres dimensions comme l'approche fonctionnelle intégrant les notions d'adaptation, de capacité restante, et l'approche palliative intégrant les notions d'accompagnement d'une situation chronique et la prise en soins de la fin de vie.

L'approche fonctionnelle de la personne âgée distingue deux notions qui ne sont pas inverses symétriques. D'une part, l'autonomie qui étymologiquement veut dire « *se donner ses propres lois* » et qui correspond à l'aspiration à une liberté de réflexion, d'opinion et de conduite de sa vie ; et, d'autre part, la dépendance qui est un concept opératoire qui vise à définir les besoins d'aide pour réaliser les gestes quotidiens et activités instrumentales (voyager, téléphoner, gérer son budget et ses médicaments). Étant donné que la dépendance dépend des possibilités d'aide de l'environnement, il s'agit d'un concept qui est toujours relatif au contexte. La dépendance cherche à décrire une situation ; or, comme pour toute description, elle dépendra des motifs pour lesquels on cherche à décrire. Par

exemple, un médecin voudra décrire les déficits qui imposent des corrections thérapeutiques, alors qu'un organisme qui prend en charge le personnel qu'il faut mobiliser en fonction de la dépendance (comme les conseils généraux) cherchera à définir le niveau requis de soins et donc le coût.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose de définir les conditions de l'état de santé comme la conjonction d'organes fonctionnant normalement et d'une bonne intégration à la vie sociale (5) (Figure 1). L'activité étant la résultante de ces deux conditions de l'état de santé. Le dysfonctionnement de l'organe sera un déficit pouvant entrer dans le cadre d'une pathologie, la diminution de l'activité une incapacité, et l'impossibilité de participer normalement à la vie sociale, un désavantage social, encore appelé handicap.

Parmi les facteurs qui vont intervenir sur les capacités fonctionnelles chez les personnes âgées, il faut souligner le rôle des comorbidités. De plus, les comorbidités représentent un facteur essentiel de la qualité de vie et de l'espérance de vie des populations. On peut ainsi rappeler la réduction importante de la mortalité cardio-vasculaire depuis 1945, passant de 700 décès à 200 décès pour 100 000 habitants, en grande partie par le traitement de l'hypertension artérielle. De même, la réduction des maladies infectieuses, qui avait débuté avec

les réseaux d'adduction séparés des eaux potables et usées, s'est renforcée avec l'apparition des traitements antibiotiques au début des années quarante. Pour les cancers, on ne constate pas une telle évolution, ce qui indique que la réduction de mortalité n'est pas un phénomène global mais correspondant à des interventions dans le domaine de la santé publique et des progrès de la prise en charge sanitaire.

Le vieillissement est un temps universel de la vie. L'augmentation importante du nombre de personnes âgées est une chance pour tous de vivre plus longtemps et est le fruit de l'amélioration des conditions de vie. Le vieillissement maladie est dû pour une part à des conditions génétiques et environnementales mais surtout par l'association de maladies qui surviennent au grand âge : cancer, maladies dégénératives du système nerveux, maladies cardio-vasculaires. L'amélioration de la prise en soins et de l'accès au traitement fonctionnel de la dépendance devra modifier dans un sens favorable la qualité de vie en ce temps de la vie. Des recherches en sciences fondamentales et en sciences humaines s'imposent pour répondre à cet enjeu de société.

Gilles Berrut

Professeur de gériatrie et
biologie du vieillissement
CHU, Nantes.

► Références bibliographiques

- (1) Collège national des enseignants de gériatrie. *Corpus de gériatrie. Tome 1*. Paris : 2m2 Édition Et Communication, 2000 : 185 p.
- (2) Dinh Q. C. *Projection de population totale pour la France métropolitaine*. Base RP90. Horizons 1990-2050. Paris, Insee, 1995 : 140 p. (Insee Résultats, 412).
- (3) Marte L., Legare J. *After the baby-boom, here is the grandpa-boom: Demographic insights into a new old age 1995*; 172: 26-32.
- (4) Blanchet D. *Le vieillissement de la population active : ampleur et incidence*. Économie et statistique 2002 ; n° 355-6 : 123-38. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es355-356h.pdf
- (5) WHO. CD-ROM *International classification of functioning, disability and health*. Version 1.0. Genève : WHO, 2001.

« Sachez que notre âge ne nous interdit pas de penser ! »

Avez-vous vu tous ces vieux ordinaires autour de nous, dans nos familles ou dans l'espace public ? Vous les avez vus, bien sûr, mais les avez-vous regardés ? Les avez-vous entendus ?

Ils sont en effet le plus souvent silencieux, contemplatifs ou passifs, comme si le monde s'agitait autour d'eux, mais sans eux.

Alors certains prennent le large et vivent dans leur tête pour ne pas la perdre. Les autres continuent... Oh ! il y a bien évidemment les « bons vieux », ceux qui ne dérangent pas, et puis les autres, ceux qui considèrent – à juste titre – qu'ils sont simplement vivants et qu'ils ont à dire...

Les avez-vous écoutés ? Savez-vous ce qu'ils pensent de nous, de nos regards, de nous tous qui nous préoccupons de « leur » bien-être en oubliant trop souvent de les interroger sur leur conception du « bien-vieillir » ? Les « spécialistes », eux, multiplient les injonctions et les discours mais les vieux continuent de se taire, de vivre ou de survivre.

L'équipe de la Fondation nationale de gérontologie a décidé de leur donner la parole en leur proposant de rédiger une lettre, comme une bouteille à la mer, sur un sujet de leur choix, dans le cadre de l'opération « Lettre à... ».

Alors ils ont écrit par centaines en disant et en revendiquant : « Sachez que, si notre âge ne nous permet plus de trotter, il ne nous dispense pas de penser. Alors nous écrivons en espérant être lus et entendus. »

N'oubliez pas : la liberté d'expression, fondement du lien social et de l'estime de soi, est un droit et un besoin menacé de fait et menaçant, semble-t-il. Et rappelez-vous : leur âge ne leur interdit pas de penser et de s'exprimer !

Martine Dorange

Psychosociologue, chargée de recherche,
Fondation nationale de gérontologie, Paris.

Pour en savoir plus sur l'opération « Lettre à... » : <http://www.fng.fr>

Parcours de santé, parcours de vie durant la vieillesse

Des chercheurs de Genève, en Suisse, ont suivi, pendant dix ans, les parcours de vie d'octogénaires. Ils pointent les inégalités qui se creusent lors de cette période, soulignent l'adaptabilité de ces octogénaires qui procèdent à une sélection, renonçant aux activités trop exigeantes pour préserver celles à leur portée. Et ils réfutent la thèse selon laquelle le grand âge gommerait les différences sociales et culturelles.

Le Centre interfacultaire de gérontologie (CIG) de l'université de Genève a mené, depuis sa création en 1992, un ensemble de travaux autour de la problématique de l'avance en âge et du vieillissement. En 2000, paraissait l'ouvrage *Vieillesse au fil du temps. 1979-1994 : une révolution tranquille*, de Christian Lalive d'Épinay, Jean-François Bickel, Carole Maystre et Nathalie Voltenwyder (Lausanne, Réalités sociales, 2000, 433 p.), dans lequel, sur la base de la comparaison des données de deux enquêtes menées à quinze ans d'écart, les auteurs analysaient les transformations profondes de la population âgée suisse. Tout récemment, deux ouvrages¹ présentent les résultats d'une étude de longue haleine dans laquelle deux cohortes d'octogénaires ont été suivies, l'une pendant dix ans (1994-2004) et l'autre pendant cinq ans (1999-2004).

En explorant les diverses facettes de la vie au très grand âge, l'équipe du CIG a effectué un travail qui peut être considéré comme pionnier dans le monde de la recherche. Il nous a paru important dans le cadre de ce dossier de présenter ces recherches et d'en récapituler ici certains résultats. Cet article est complété par un encadré résumant une autre étude, menée de manière pilote en Suisse mais actuellement en cours dans sept autres pays (dont la France), intitulée Cevi (Changements et événements au cours de la vie).

Parcours de vie, un champ de recherche relativement récent

En sciences sociales, le paradigme du parcours de vie se propose d'étudier, entre autres, le déroulement des vies humaines dans leur extension temporelle et dans leur cadrage socio-histo-

rique. Le parcours de vie des individus se conçoit alors comme un ensemble de trajectoires plus ou moins liées entre elles et renvoient à différents champs dans lesquels se déroule l'existence. Appliqué au vieillissement et à la vieillesse, ce courant de recherche date d'une vingtaine d'années à peine (1). Il a permis notamment de mettre en évidence la présence de plusieurs situations de vieillesse et différentes trajectoires de vieillissement, de réfléchir aux événements ponctuant la dernière étape de vie et à la manière dont les individus vivent et s'adaptent à ces changements.

Notre expérience des parcours de vie durant la vieillesse se fonde essentiellement sur le suivi d'octogénaires rencontrés dans le cadre de l'étude Swilsoo (*voir encadré ci-contre*) de 1994 à 2004. Les personnes interrogées pour cette étude ont traversé le XX^e siècle. Elles sont nées en un temps où la mortalité infantile était encore forte, puis ont connu des temps durs : l'emploi incertain, la précarité économique, les crises. Dans la force de l'âge, ils participent aux transformations des Trente Glorieuses, qui suivent la guerre ; avec la venue de la vieillesse, ils bénéficient des institutions nouvelles de l'État social, assurance vieillesse, rentes de retraite, amélioration du système de santé, développement des services d'aide et de soins à domicile. Quand nous les rencontrons, en 1994, ils sont déjà des « survivants » puisque les deux tiers des hommes et la moitié des femmes de leur génération ont disparu. Pendant les cinq années de l'étude, un tiers d'entre eux décèdent. C'est dire à quel point la mort est présente dans leur vie.

Swilsoo, une enquête longitudinale sur le grand âge

L'étude dont il est question ici est l'enquête suisse interdisciplinaire et longitudinale sur les très âgés (Swilsoo – *Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old*). Cette recherche étudie les trajectoires de vie et de santé dans la grande vieillesse, leurs déterminants, ainsi que l'impact des perturbations majeures et les formes principales de régulations. Elle suit deux cohortes d'octogénaires, la première sur laquelle se fonde cet article porte sur 340 personnes nées entre 1910 et 1914, qui a été suivie dans le cadre de l'enquête durant dix ans (de 1994 à 2004) et la seconde sur 377 personnes nées entre 1915 et 1919, suivie pendant cinq ans (de 1999 à 2004). Chaque échantillon, stratifié selon le sexe, a été sélectionné de manière aléatoire dans deux régions de Suisse, le canton de Genève (région métropolitaine de culture laïque) et le Valais central (région alpine, semi-urbaine et de tradition catholique), parmi les personnes vivant à domicile au départ de l'enquête. Les entretiens ont eu lieu chaque douze ou dix-huit mois, avec des entretiens en face-à-face sur la base d'un questionnaire standardisé (et quelques questions ouvertes). Lorsque la personne âgée n'était pas à même de réaliser l'entretien, celui-ci se faisait avec l'aide d'un proche. Cette enquête, dirigée par le professeur Christian Lalive d'Épinay, a été réalisée par le Centre interfacultaire de gérontologie (CIG) de l'université de Genève, avec le soutien financier du Fonds national suisse pour la recherche scientifique et des cantons de Genève et du Valais (pour une présentation détaillée, voir Lalive d'Épinay et Spini, 2008).

La fragilité, une notion difficile à cerner

La notion de fragilité a fait l'objet d'usages divers dans la littérature gérontologique. Il n'existe pas à ce jour de définition consensuelle de la fragilité. Elle n'apparaît pas comme une entité clinique mais comme une « constellation de conditions multiples » (2). Selon Campbell et Buchner (3), la fragilité se définit comme « un état ou syndrome qui résulte d'une réduction multi-systémique des capacités de réserves d'un individu au point que plusieurs systèmes physiologiques approchent ou dépassent un seuil d'insuffisance ». La fragilité implique donc plusieurs dimensions de la santé, pas uniquement physiologique, mais également le potentiel énergétique, les capacités sensorielles, cognitives, la mobilité. Cet état se caractérise par un risque plus élevé d'aggravation de l'état de santé.

L'architecture de la vieillesse ou l'âge de la fragilité

Parler de façon indistincte des personnes âgées ou de la vieillesse reflète mal l'hétérogénéité de cette tranche d'âge qui couvre à elle seule deux, voire trois générations. Les situations de vie sont extrêmement différentes selon l'âge des personnes, mais plus encore selon leur état de santé et leur niveau d'indépendance. Doit-on dès lors distinguer deux âges principaux, comme le suggère la terminologie française (troisième et quatrième âges), ou trois, comme le veut l'anglaise (*young old, old old et oldest old*) ? Dans quel ordre se présentent-ils et dans quelle mesure le chemin conduit-il nécessairement un individu à passer de l'un à l'autre de ces stades avant que mort s'ensuive ?

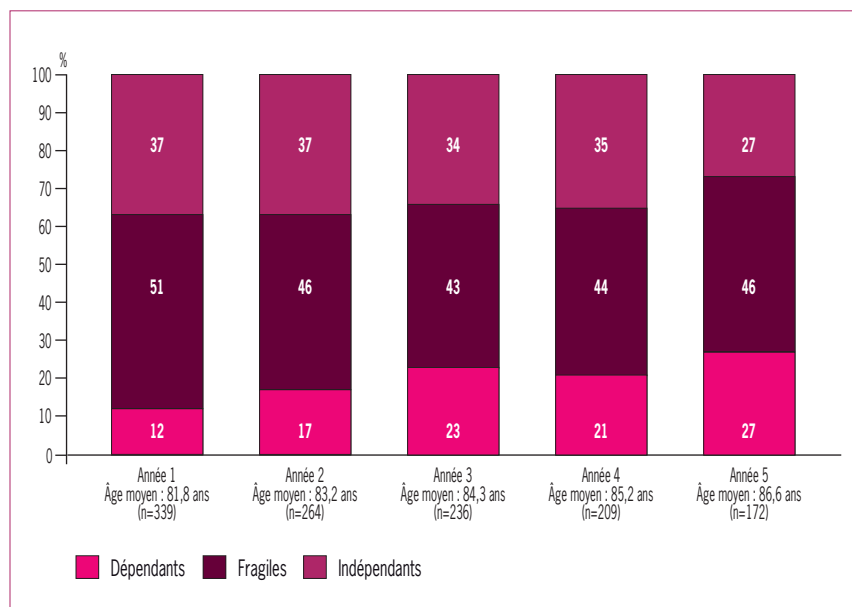
Pour tenter de répondre à ces interrogations et prenant le parti que l'âge ne permettait que très imparfaitement

de distinguer des étapes dans le parcours de vie, nous avons analysé la manière dont l'état de santé, et plus particulièrement les répercussions de la santé dans la vie quotidienne, influençait les parcours de vie. Nous avons distingué trois états ou statuts de santé en nous fondant sur la littérature et sur des premières explorations. Le premier statut de santé reprend la définition traditionnelle de la dépendance associée à l'incapacité d'accomplir soi-même certains des actes de base de la vie quotidienne, le deuxième résulte d'une réflexion sur la notion de fragilité (*voir encadré ci-dessus*) – la fragilisation est définie comme la perte progressive, inévitable avec l'avance en âge, des réserves physiologiques et sensorimotrices, perte qui affecte la capacité de résilience des individus. Le statut d'indépendance caractérise enfin les personnes qui ne sont ni fragiles ni dépendantes.

Durant les cinq années de l'étude, la moitié des personnes sont fragiles (*Figure 1*). De même, on constate une diminution de la proportion des personnes indépendantes alors que celle des personnes dépendantes augmente. Relevons que le statut de fragilité est éminemment dynamique, le nombre d'affections présentées par les personnes fragiles tendant à s'alourdir avec le poids des ans. Nous avons aussi établi que la fragilisation est un processus dont l'origine se situe en amont du statut de fragilité et qui peut conduire à l'état de dépendance. Ainsi, le statut d'indépendance ne correspond pas nécessairement à une santé parfaite, mais à une bonne santé relative, puisque par définition il inclut aussi les personnes présentant des affections dans l'un ou l'autre des cinq systèmes physiologiques retenus pour définir la fragilité (la mobilité, les troubles physiques, les capacités sensorielles, cognitives et le potentiel énergétique) : au début de l'étude, tel est le cas de 65 % des octogénaires classés indépendants.

Par ailleurs, deux résultats contredisent les représentations courantes des dernières étapes de la vie. D'abord, au grand âge, on ne transite pas brutalement de l'indépendance à la dépendance : à quelques exceptions près, les vieillards dépendants ont traversé antérieurement une étape de fragilité. Ensuite, l'état de dépendance ne s'impose pas nécessairement comme l'ultime étape de la vie : la moitié environ des défunts ne l'ont pas connue.

Figure 1. Fréquence des trois statuts de santé au cours des cinq vagues d'enquête



La diversité des trajectoires de vie

Si le système général semble donc bien dessiné (indépendance – fragilité – dépendance), tous les individus ne suivent pas la même route ; plus encore, tous ceux qui s'engagent sur une trajectoire donnée ne la parcourent pas de la même manière, ni au même rythme. Certains zigzaguent entre deux statuts, d'autres connaissent des améliorations plus ou moins durables, d'autres encore s'attardent plus longuement dans une étape. Enfin, nombreux sont ceux qui ne parcourent que deux de ces trois étapes et qui décèdent sans s'être vraiment installés dans un statut de dépendance.

Au total, en schématisant à l'extrême (*figure 2*), les dernières étapes de la vie s'organisent selon quatre itinéraires, deux d'entre eux étant suivis par la très

grande majorité des vieillards (environ 80 %). Les itinéraires peu suivis sont les suivants : l'un consiste à rester indépendant jusqu'à quelques mois de la fin, se voyant épargner tant l'étape de fragilisation que l'installation durable dans la dépendance (15 %). Le deuxième impliquerait de basculer d'un coup de l'indépendance dans la dépendance pour s'y installer, sans transiter par l'étape de fragilité ; cet itinéraire est presque déserté (environ 5 % des cas). Les deux autres chemins sont suivis de manière presque égale, chacun par environ 40 % des personnes. Pour les uns, le chemin conduit de l'indépendance à l'étape de fragilité, puis au décès sans qu'il y ait installation durable dans la dépendance ; les autres, en revanche, voient leur fragilisation s'aggraver au point de déclencher des formes de dépendance chronique.

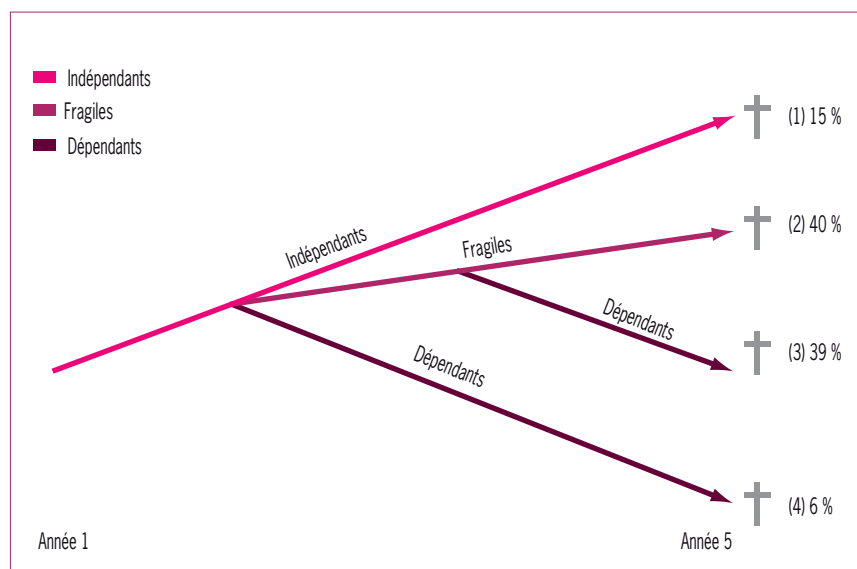
Que l'organisation du grand âge se fasse autour de trois stades et non de deux n'est pas sans conséquence sur la représentation que nous nous en faisons. Voilà qui casse l'opposition dualiste entre un troisième âge, qui serait celui de toutes les possibilités, suivi d'un quatrième, de tous les maux celle-ci. La réalité est différente ; vieillir implique de devoir affronter la fragilisation de son corps et de son esprit, et aucune des recettes du bien-vieillir ne nous l'épargnera. En revanche, atteindre le grand âge ne conduit pas nécessairement à devoir se résigner à le vivre en état de dépendance.

Les déterminants des trajectoires de vie

Ces trajectoires simplifient le parcours de vie et l'hétérogénéité des situations vécues par les personnes âgées. Des analyses plus complexes permettent de prendre en compte les déterminants qui viennent infléchir, moduler les parcours de vie.

Premier constat, confirmé par d'autres travaux menés à l'étranger, le poids de la santé sur les trajectoires de vie et de décès des individus est manifeste, écrasant presque. S'ajoute l'âge qui continue à infléchir les trajectoires : plus l'âge avance, plus la poursuite d'une trajectoire d'indépendance est menacée, plus le processus de fragilisation se développe et plus le risque de décès croît. Les accidents de santé guettent, et mettent en danger la préservation de l'indépendance, accélèrent la fragilisation et renforcent la dépendance. Toutefois, l'organisation des dernières étapes de la vie n'est pas indexée selon l'âge, ou du moins beaucoup moins que ne le sont les grandes transitions en amont de la retraite. Sans doute la relation entre âge et étapes de la vieillesse existe-t-elle sur le plan statistique, mais, quand on observe les individus, les variations des uns aux autres sont extrêmes. Bien loin de composer des ensembles d'âge différents, à tout âge, vieillards indépendants, fragiles et dépendants se côtoient en constituant des groupes sociaux aux modes de vie bien différents.

Figure 2. Formalisation des quatre trajectoires de fin de vie



Outre l'âge, un autre attribut assigné dès la naissance intervient systématiquement : le sexe. La femme a moins de chances que l'homme de suivre une trajectoire d'indépendance et elle subit une fragilisation plus sévère. Le profil sociodémographique des personnes interrogées dans le cadre de cette étude révèle que les femmes de ces générations ont été beaucoup moins encouragées que les hommes à poursuivre une formation, que plus de la moitié d'entre elles n'ont pas mené une activité professionnelle, cantonnées qu'elles étaient dans leur rôle de ménagère, ce qui va avoir une incidence sur leur situation économique puisque un quart d'entre elles se retrouvent alors en situation de pauvreté (pour 7 % des hommes seulement). Les femmes, à l'ouverture de leur neuvième décennie de vie, doivent le plus souvent affronter la vie sans leur conjoint, avec un niveau éducatif inférieur à celui des hommes et un revenu plus limité. Mais voilà maintenant que la fragilisation se développe chez celles-ci à un rythme plus rapide. Dans un tel contexte, la longévité supérieure des femmes peut difficilement être comprise comme un avantage ! Être homme ou femme dans le grand âge renvoie à deux conditions très inégales, avec des parcours de qualités bien différentes.

Ces analyses mettent au jour également la présence active d'un déterminisme strictement d'ordre social : les biographies socioprofessionnelles des personnes âgées ainsi que leur appartenance régionale (interprétée comme l'insertion dans une structure sociale particulière, les classes manuelles – paysanne et ouvrière – étant largement majoritaires dans la région alpine, la région métropolitaine étant dominée par les cols blancs) pèsent sur le statut de santé des personnes, comme sur les conditions du déroulement de leur fin de vie : le risque de passer par une étape terminale de dépendance lourde est plus élevé pour les vieillards des milieux populaires.

Des modulations apportées par les pratiques de vie quotidienne, la vie relationnelle et l'attitude mentale

À côté de ces facteurs biologiques ou démographiques, d'autres dimensions influencent les trajectoires de vie durant la vieillesse. Il s'agit de domai-

nes dans lesquels les individus, même très âgés, préservent une marge de choix et d'action. Des domaines dans lesquels, avec une certaine dose d'imagination et beaucoup de volonté, les vieillards, malgré les déficiences et les limitations qui les affectent, peuvent envisager des formes d'adaptation ou de substitution leur permettant de préserver un mode de vie qui a du sens.

La pratique de certaines activités a une influence marquée sur les trajectoires et préserve de la fragilisation ou en atténue ses effets : les travaux manuels (bricolage et travaux d'aiguilles), la lecture et pratique des médias, les activités sociales, la pratique religieuse, autant d'activités qui sont associées à une fragilisation moins marquée, voire à une probabilité plus élevée de survie à cinq ans (4). L'environnement relationnel, la présence d'une descendance, la densité des échanges n'ont pas d'incidence directe, mais leur influence se manifeste indirectement : la famille est engagée dans les activités sociales, de même que la présence d'un ami les encourage. Enfin, l'attitude morale de la personne, son sentiment de bien-être ont une incidence positive. Percevoir sa santé comme plutôt bonne stimule la poursuite d'une trajectoire d'indépendance ; s'estimer en meilleure santé que la majorité de ses contemporains ralentit la fragilisation.

Bien vieillir : éviter la fragilisation ou s'y adapter ?

Au premier regard, les octogénaires de notre étude paraissent ainsi apporter des éléments de confirmation à l'une et à l'autre des grandes théories du vieillissement réussi (*successful aging*) qui structurent la recherche en gérontologie et influencent les politiques de santé publique. N'est-il pas possible en effet de retarder puis de freiner le processus de fragilisation ? Mais, à bien considérer leur enseignement, ils infirment la théorie à ce jour la plus répandue – développée par Rowe et Kahn (5) – qui laisse entendre qu'il serait possible de faire l'économie de la fragilisation et, en revanche, confirment l'approche développementaliste proposée par Baltes et Baltes (6), à savoir que le véritable enjeu n'est pas de récuser le vieillissement mais d'y faire face, de l'affronter et, tant que faire se peut, de le négocier. Les marges de liberté préservées au grand âge ne peuvent faire oublier le

Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie

Afin d'analyser la perception qu'ont les individus des changements qui affectent leur vie actuelle et des grands tournants qui ont marqué leur vie, une enquête a été réalisée à Genève auprès de 600 personnes de 50 à 84 ans. Elle permet d'analyser la fréquence de ces changements, leur distribution selon l'âge ainsi que les domaines de vie affectés.

Les changements au cours de l'année précédant l'enquête concernent environ une personne sur deux. Au milieu de la vie, c'est la trajectoire professionnelle qui est la source principale de changements, ceux-ci pouvant être d'ordre très varié, même si dominent les changements d'emploi et les licenciements (31 % des changements) ; viennent ensuite les changements « spatiaux » qui sont la conséquence de mutations professionnelles ou de modifications familiales (divorces) ; les changements n'affectent la santé qu'à la marge. Dans le groupe des 65-69 ans, la santé (26 % des changements) s'impose désormais comme la principale source de modifications. Les changements d'ordre familial sont également souvent rapportés (16 %) ; la retraite arrive en troisième lieu (15 %). Pour les octogénaires enfin, la santé accroît son emprise sur le déroulement de la vie (près de 4 changements sur 10 s'y réfèrent) ; les déménagements ou l'entrée en institution sont la deuxième source de grande modification.

En contemplant la totalité de leur vie, les personnes interrogées ont identifié en moyenne trois tournants majeurs. Les décès sont les principaux marqueurs énoncés par les personnes, quelle que soit la tranche d'âge considérée. Au milieu de la vie, c'est l'adieu aux parents qui domine ; entre 55 et 69 ans, c'est au tour du décès du conjoint ; au-delà de 70 ans, autant que la perte du conjoint, le tournant est marqué quand la mort transgresse l'ordre générationnel pour s'en prendre aux descendants, enfants ou petits-enfants. À côté des décès, les autres tournants se rapportent à la famille (naissance, mariage). Le passage à la retraite n'est cité que par les 65-69 ans, qui sont également les plus directement concernés.

Source : Lalive d'Épinay C., Cavalli S. *Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie*. Gérontologie et société 2007 ; 121 : 45-60. Pour plus d'informations sur cette étude, voir <http://cig.unige.ch/recherches/cevi.html>

lourd tribut qu'il faut payer à l'héritage génétique comme aux conditions et aux événements de la vie écoulée.

Plusieurs stratégies adaptatives peuvent être mises en évidence qui toutes visent à préserver le plaisir de vivre ou le bien-être (7). Par exemple, afin de préserver l'éventail aussi large et varié que possible d'activités, les vieillards procèdent à une sélection ; dans chaque domaine, ils abandonnent les activités jugées trop exigeantes pour préserver celles qui restent à portée. Autre exemple, afin de préserver un statut de donneur dans le système des échanges, les personnes âgées peuvent établir une hiérarchie parmi les réseaux et, dans la règle, la famille a la priorité et prend le pas sur les amis. Soit encore on agit sur le don lui-même et on adapte ce que l'on donne à ses possibilités jusqu'à le réduire à sa dimension symbolique : le petit cadeau qu'on tend au visiteur au moment où celui-ci prend congé.

Au final, on ne peut que réfuter la thèse selon laquelle, au cours du grand âge, les différences sociales et culturelles et les clivages seraient totalement gommés par les déterminismes biologiques. Outre l'incidence de variables statutaires d'ordre social, des marges de négociation modestes mais tangibles

continuent d'exister ; elles font intervenir d'autres ressources et compétences et permettent d'infléchir et de qualifier la trajectoire de vie suivie. En outre, certaines ressources culturelles (religion, activités sociales, activités créatives et de loisirs, activités physiques) persistent, y compris à des âges élevés, qui gardent un potentiel de compensation et de résistance face à la fragilisation. Ce sont autant de leviers sur lesquels des actions de promotion de la santé peuvent intervenir dans une optique non d'annulation ou de réduction de la fragilité inhérente au grand âge mais bien avec la volonté de maintenir ou d'améliorer la qualité des dernières années de la vie.

Stéphanie Pin Le Corre²
Sociologue, chargée de recherche à l'INPES.

1. Christian Lalive d'Épinay, Dario Spini, et al. Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans. Québec : Presses de l'université Laval, 2008, 347 p.
 2. Édith Guillely, Christian Lalive d'Épinay (and associates). The closing chapters of long lives. Results from the 10-year Swilsoo study on the oldest-old. New York : Nova Science Publishers, 2008, 154 p.
2. Stéphanie Pin Le Corre est actuellement chargée de recherche à l'INPES. De février 2000 à décembre 2001, elle était assistante de recherche au Centre interfacultaire de gérontologie (CIG) ; pendant ces années, elle a collaboré à l'étude sur les octogénaires qui est présentée ici. L'auteur tient à remercier le P. Christian Lalive d'Épinay et M. Stefano Cavalli, de l'université de Genève, de leur relecture attentive du texte.

► Références bibliographiques

- (1) Lalive d'Épinay C., Spini D. *Le grand âge : un domaine de recherche récent*. Gérontologie et Société 2007 ; 123 : 31-54.
- (2) Hamerman D. *Toward an understanding of frailty*. Annals of Internal Medicine 1999; 130(11): 945-50.
- (3) Campbell J., Buchner D.M. *Unstable disability and the fluctuation of frailty*. Age and Ageing 1997; 26: 315-8.
- (4) Bickel J.-F., Girardin M., Lalive d'Épinay C. *Être actif dans le grand âge : un plus pour le bien-être ?* Retraite et société 2007 ; 52 : 83-106.
- (5) Rowe J.W., Kahn R.L. *Successful aging*. The Gerontologist 1997; 37(4): 433-40.
- (6) Baltes P.B., Baltes M.M. *Psychological perspectives on successful aging: A model of*

selective optimization with compensation. In: Baltes P. B., Baltes M. M. (dir.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New-York: Cambridge University Press, 1990: 1-34.

(7) Henchoz K., Cavalli S., Girardin M. *Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge*. Sciences Sociales et Santé 2008 ; 26(3) : 47-72.

Voir également :
Cavalli S., Lalive d'Épinay C. *Parcours de vie et changement : un état de la question*. In : Cavalli S., Aeby G., Battistini M., Borloz C., Bugnon C., De Carlo I., Rosenstein E. *Âges de la vie et changements perçus*. Genève : CIG, 2006 : 21-9.

équilibres

Une lettre d'information mensuelle pour tout savoir sur l'actualité de la prévention et de l'éducation pour la santé

équilibres

LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Actualité Une nouvelle campagne de prévention du tabagisme

Prochaines années de mortalité évitable en France, la tabagisme est le 1^{er} facteur de mortalité évitable. En France, 10 millions de personnes fument, 4 millions de ces personnes sont des femmes. Le tabac est responsable de 25% des décès en France. C'est pourquoi l'INPES lance une nouvelle campagne de prévention.

39 89

Une campagne multi-supports

Une campagne multi-supports sera lancée en septembre 2009. Elle sera composée de plusieurs supports : affichage, presse, radio, télévision, internet, etc. L'objectif est de sensibiliser le grand public sur les dangers du tabac et de promouvoir l'arrêt du tabac.

Des messages pour faire un service

Le 1^{er} septembre 2009, l'INPES lance une campagne de prévention du tabac. Cette campagne est destinée à tous les Français. Elle vise à sensibiliser le grand public sur les dangers du tabac et à promouvoir l'arrêt du tabac. Les messages de la campagne sont : "Ne fume pas", "Arrête de fumer maintenant", "Le tabac tue", "Le tabac est responsable de 25% des décès en France", "Le tabac est responsable de 100 000 décès par an en France", "Le tabac est responsable de 100 000 décès par an en France", "Le tabac est responsable de 100 000 décès par an en France".

Tous concernés à Canicule Heat?

Le 1^{er} août 2009, l'INPES lance une campagne de prévention de la canicule. Cette campagne est destinée à tous les Français. Elle vise à sensibiliser le grand public sur les dangers de la canicule et à promouvoir la prévention. Les messages de la campagne sont : "Attention à la canicule", "Protégez-vous de la chaleur", "Buvez de l'eau", "Restez à l'ombre", "Évitez les activités physiques", "Utilisez des vêtements légers", "Évitez les boissons alcoolisées", "Évitez les boissons sucrées", "Évitez les boissons énergisantes", "Évitez les médicaments", "Évitez les produits chimiques", "Évitez les produits inflammatoires", "Évitez les produits irritants", "Évitez les produits corrosifs", "Évitez les produits toxiques", "Évitez les produits dangereux", "Évitez les produits nocifs", "Évitez les produits polluants", "Évitez les produits nocifs", "Évitez les produits polluants", "Évitez les produits nocifs", "Évitez les produits polluants".

Canicule : une information adaptée au handicap

Le 1^{er} août 2009, l'INPES lance une campagne de prévention de la canicule. Cette campagne est destinée à tous les Français. Elle vise à sensibiliser le grand public sur les dangers de la canicule et à promouvoir la prévention. Les messages de la campagne sont : "Attention à la canicule", "Protégez-vous de la chaleur", "Buvez de l'eau", "Restez à l'ombre", "Évitez les activités physiques", "Utilisez des vêtements légers", "Évitez les boissons alcoolisées", "Évitez les boissons sucrées", "Évitez les boissons énergisantes", "Évitez les médicaments", "Évitez les produits chimiques", "Évitez les produits inflammatoires", "Évitez les produits irritants", "Évitez les produits corrosifs", "Évitez les produits toxiques", "Évitez les produits dangereux", "Évitez les produits nocifs", "Évitez les produits polluants".

Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr

www.inpes.sante.fr

inpes

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

La vieillesse dite par les personnes très âgées

Ils ont de 95 à 100 ans, comment voient-ils la vieillesse ? Frédéric Balard, anthropologue, a interviewé cent personnes dites « très âgées ». Une étiquette qu'ils refusent non sans humour car dans leur esprit la société considère les très vieux comme inutiles. Comme le dit Germaine, 98 ans : « Vieille ? Ah non ! Pour le moment, non ! »

« Les médecins, les familles et tous les autres savent beaucoup de choses avec l'intelligence de leur cerveau, et parfois avec l'intelligence de leur cœur. Mais nous, la vieillesse, on la vit du dedans. On la sent, et sentir, c'est beaucoup plus que savoir. » (Mme B, 87 ans, citée par Charlotte Mémin (1)).

« La vieillesse n'a d'existence que notionnelle ». Tels sont les mots de Michael Singleton (2) pour expliquer que chaque société produit sa propre définition de la vieillesse. En France, la vieillesse est définie comme la dernière période de la vie humaine caractérisée par un ralentissement des fonctions. Chez les Wakonongos de Tanzanie, la meilleure traduction du mot « vieux » correspond à *mzee* qui signifie également « notable, respectable, responsable »... La vieillesse chez les Wakonongos n'est donc pas perçue comme la dernière période de la vie mais plutôt comme le moment de la vie où l'on accède à un statut supérieur.

Dans le cadre d'un travail de thèse, nous avons rencontré plus d'une centaine de nonagénaires et de centenaires français. Un groupe d'interviewés essentiels a été constitué et suivi pendant quatre ans, au moyen d'entretiens compréhensifs et semi-directifs. Ceux-ci se sont exprimés sur leur vécu du grand âge et sur leurs représentations de la vieillesse et du vieillissement. La vieillesse, telle qu'ils la décrivent, ne correspond pas à une période de la vie mais renvoie plutôt à une identité, celle du vieux auquel ils ne souhaitent pas ressembler. Ces personnes dont la moyenne d'âge s'élève à 97 ans se défendent d'être vieilles. Lorsqu'on l'interroge sur son âge, M. Léon, 98 ans, n'est pas avare de figures de rhétorique,

qu'il utilise un oxymore ou une hyperbole : « Quand on est vieux comme moi, on n'est pas vieux... » [...] « Je me sens jeune encore, si je m'écoutais, je ferais de la bicyclette ». À la question « Est-ce que vous vous trouvez vieille ? », posée non sans provocation à Mme Germaine, 98 ans, celle-ci répond, offusquée : « Vieille ? Ah non ! Pour le moment, non ! » Si ces personnes très âgées refusent l'idée d'être « vieux », c'est parce que leur représentation de la vieillesse est particulièrement négative. Elles définissent le vieux comme celui qui est inutile, ne peut plus marcher, perd la tête, n'est plus écouté et qui se retrouve « à la merci de tout le monde ».

Cette définition de la vieillesse et du vieux produite par ces « très âgés » trouve son origine dans les valeurs qu'ils ont intégrées durant leur période de réceptivité mais aussi dans l'acculturation de leurs valeurs par le discours médical et scientifique dominant. En effet, cette génération est profondément marquée par le travail. De leur temps, lorsqu'une personne cessait de travailler ou de marcher, on pouvait la considérer comme vieille. La retraite ou plutôt l'arrêt du travail correspondait à la vieillesse. C'est cette conception qu'elles avancent en disant « le vieux est celui qui est inutile ». La marche est primordiale pour les gens de cette génération et, dans leur conception, ne plus pouvoir marcher correspond à l'entrée dans la dernière étape de la vie.

Par ailleurs, le développement hégémonique des représentations scientifiques et médicales de l'avancée en âge est venu ajouter les notions de santé – en particulier mentale – et de dépendance que les personnes âgées réinterprètent en disant que le vieux est « celui

qui perd la tête » et « qui est à la merci de tout le monde ». Confrontés à cette représentation d'un vieux marqué par ses pertes, les « très âgés » se défendent de cette identité stigmatisante mais admettent se « sentir vieillir ». Ils expriment ce vécu du vieillissement à travers le ressenti d'un affaiblissement physique et sensoriel croissant. Ils emploient des phrases du type : « J'entends mal », « J'ai de la peine à lire », « Même en ne faisant rien, on se sent fatigué. » Ils témoignent de l'accroissement de leur vulnérabilité et de la survenue de problèmes de santé : « Maintenant, il faut que je fasse attention pour tout », « En vieillissant, on a toujours quelque chose, des petits ennuis. »

Si les personnes très âgées se plaignent de ces effets du vieillissement, l'essentiel est pour eux d'échapper à la vieillesse, qui, dans notre société, ne peut en aucun cas être enviable.

Frédéric Balard

Docteur en anthropologie, équipe Démographie et Santé, Inserm, Fondation nationale de gérontologie, Paris.

► Références bibliographiques

- (1) Memin C. *Comprendre la personne âgée*. Paris : Bayard, 2001 : p. 23.
- (2) Singleton M. *Devenir vieux – ailleurs et autrement* dans les Actes du colloque « Vivre et "soigner" la vieillesse dans le monde ». Gênes, mars 2002. Texte revu et augmenté pour les Documents de travail du Sped n° 16, 2003 : 1-57.
<http://alfresco.uclouvain.be/alfresco/images/filetypes/pdf.gif>

« Face aux soins, développer le préventif et le médico-social au profit des personnes âgées »

Le professeur Jean-Claude Henrard défend une approche pluridisciplinaire du vieillissement. Il dénonce la vision de la vieillesse réduite à une conception médicale, souligne que les personnes âgées doivent avoir une place dans la société. Pour améliorer la qualité de vie des aînés, il faut s'attaquer aux déterminants sociaux des inégalités, qui ont un impact tout au long de la vie.

Geneviève Imbert : Comment envisager la prévention pour être plus performant, plus efficient ?

Jean-Claude Henrard : Je questionne tout d'abord la catégorisation de la prévention par l'Organisation mondiale de la santé en niveaux primaire, secondaire, tertiaire. Ce qui me paraît plus important est d'opposer la prévention individuelle et la prévention collective. La prévention collective est beaucoup plus efficace mais il n'y a aucune ou très peu de demande sociale. Par exemple, quand les Japonais se sont rendu compte qu'ils avaient un pourcentage très important de décès par accidents vasculaires cérébraux (AVC) liés en grande partie à l'hypertension, ils ont diminué le sel dans leurs conserves sans rien demander à personne. Le résultat a été une chute spectaculaire des AVC. On a un merveilleux exemple de prévention collective. La prévention individuelle, par définition, ne touche qu'un petit lot de gens qui sont assez souvent des anxieux, très médicalisés. Ce sont les mêmes qui sont demandeurs des conférences sur la santé lors de la préparation au passage à la retraite. Donc cela touche peu de gens et rarement ceux qui en auraient le plus besoin.

Une autre difficulté dans l'éducation à la santé est que les actions portent sur une génération, oubliant que pour

celles qui suivent le message ne s'applique plus. Il faut donc toujours recommencer. Je m'explique : si l'on essaie de faire de l'éducation pour la santé contre le tabagisme, cinq ans plus tard, il faut recommencer avec les suivants. C'est l'une des limites du modèle épidémiologique quant à l'éducation pour la santé. Il est comme un gouffre sans fin parce que sans cesse les générations suivantes remplacent les précédentes.

G. I. : Quel modèle permettrait de prendre en compte la personne dans son environnement sans occulter son patrimoine génétique, son histoire familiale... ?

Je ne suis pas sûr qu'il y ait un modèle qui s'applique à tout. Il y a plusieurs modèles de santé, et le modèle biomédical est adapté à la réponse à un certain nombre de problèmes : réparer les dégâts des accidents de la route, mettre une prothèse du cristallin ou une prothèse de hanche, sont des progrès remarquables. Mais, ce que je mets en cause, c'est l'arrogance des tenants du modèle biomédical, qui oublie son coût et qui ne font pas toujours preuve de son efficacité. En plus, les médias, bien entendu, le confortent.

Les gens n'ont pas envie de tomber malade, de vieillir et de mourir... Alors on dit : « *On va tout guérir, on est là pour*

vous ! Ne craignez rien, ça va bien se passer » et avec ce type de raisonnement on trompe les gens... Par certains côtés, je dirai que le modèle biomédical est une tromperie « sur la marchandise ». Ça ne veut pas dire qu'il n'apporte pas des bénéfices, ce serait grotesque de le nier, mais qu'il est trop totalitaire et trop totalisant, et c'est cela qui me paraît inacceptable. Quand on interroge les vieux, ils n'assimilent pas la vieillesse à la maladie et veulent avant tout garder leur autonomie, c'est-à-dire le choix de leur mode de vie. Ils veulent garder leur utilité sociale ; la médecine n'a pas grand-chose à y voir. Globalement, le modèle a donc des insuffisances qu'il faut reconnaître en laissant une place à des modèles alternatifs. Ça ne veut pas dire que ces modèles alternatifs doivent prendre le pas sur lui, mais qu'ils doivent être reconnus comme apportant quelque chose et recevoir des moyens suffisants. Le problème d'un moindre déséquilibre des ressources entre secteur curatif, d'une part, et secteur préventif et médico-social, d'autre part, est posé. Les deux derniers étant extrêmement mal pourvus en France, même s'il y a des efforts...

G. I. : Validez-vous le concept de bien vieillir ? Et, si l'on avait à mettre en place des actions permettant aux personnes qui avancent en âge de mieux vieillir, que faudrait-il faire ?

Je valide le concept de *bien vieillir*, ne serait-ce que parce qu'il remet en cause le modèle dominant de la vision déficitaire du vieillissement. Et je pense effectivement que l'on peut bien vieillir et qu'il y a des gens qui vieillissent bien. Donc, s'il y a des gens qui vieillissent bien, c'est que l'on peut étudier leur profil, leur histoire... Maintenant, il faut travailler sur sénescence, santé et maladie. Sinon, on entretient la confusion en mélangeant des maladies très liées à l'avance en âge et sénescence, et en faisant croire qu'on agit sur le vieillissement alors qu'en fait on agit sur les maladies. Certes, il y a quelques maladies dues à la sénescence telle l'ostéoporose postménopausique que l'on peut prévenir en ciblant les femmes à

risque. Mais, de façon générale, le vieillissement chronologique s'accompagne du fait de l'accumulation des effets nocifs de multiples facteurs que l'on a rencontrés dans sa vie ; d'une altération des organes, qui s'ajoute à l'altération des organes liée à la sénescence. Ainsi, au fur et à mesure que l'on avance en âge, apparaissent des maladies dans ces organes. Il en résulte de multiples pathologies qui, vraisemblablement, se répartissent différemment selon une prédisposition génétique sur laquelle on ne peut pas grand-chose.

Dans ces cas, la prévention va porter sur les maladies, et non sur la sénescence. Si l'on réduit l'apparition de l'hypertension, on prévient les complica-

tions qui lui sont liées. Ce n'est pas parce qu'ils sont fréquents au fur et à mesure qu'on avance en âge, qu'on prévient les effets du vieillissement, on prévient des facteurs associés qui sont les comorbidités. En disant qu'on prévient le vieillissement ou les effets du vieillissement alors qu'on prévient les maladies, on fait croire aux gens qu'ils vont être immortels... et ça, pour moi, c'est un grave défaut de conception.

G. I. : Est-ce une aberration d'envisager de faire de la promotion de la santé dans le contexte des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle ?

Non, ce n'est pas une aberration. La promotion de la santé a plusieurs aspects. D'une part, elle est individuelle, c'est la part que les gens prennent dans les décisions qui les concernent. Les personnes qui ont perdu leur autonomie fonctionnelle peuvent parfaitement y participer. D'autre part, il y a une approche plus collective, dans la définition des priorités, pour l'allocation des ressources, la définition des programmes à laquelle les personnes peuvent aussi participer. Participer à la prise de décisions individuelles ne paraît pas poser de problème : c'est l'*empowerment* individuel. L'*empowerment* collectif est plus compliqué, parce qu'il y a un problème de représentativité dans ce qu'on peut appeler le 4^e âge – c'est-à-dire les gens du grand âge – parce qu'il y a peu de représentation de cette population-là, qui est avant tout une population de vieilles femmes, plus ou moins dépendantes, souvent moins que plus, mais il y a quand même un bon pourcentage de personnes dépendantes et elles sont représentées par les vieux hommes. Or on vieillit différemment quand on est homme ou femme, et les problèmes rencontrés au grand âge ne sont pas les mêmes selon le genre.

G. I. : Comment être plus efficace sur la prévention des problèmes de santé dans le contexte de l'avance en âge ?

Il faut s'attaquer aux déterminants sociaux des inégalités, qui ont un impact tout au long de la vie. Les quelques règles du *bien vieillir* – conserver une activité physique, avoir une alimentation équilibrée – sont

reçues par ceux qui sont le mieux informés. Il vaudrait mieux les donner à ceux qui en ont le plus besoin. Mais on ne va pas changer les habitudes des gens très âgés ; plus on avance en âge, moins on change ses habitudes, donc, si vous n'avez pas fait d'activités, vous n'allez pas en faire tout d'un coup, ça n'a aucun sens ! Finalement, le plan *Bien vieillir* est un bon exemple du développement quelque peu technocratique que l'on connaît depuis les années soixante et dont je reproche la vision des choses très simplifiée qui résulte de l'alliance « bureaucrates »-médecins. Il aurait été plus intéressant de laisser les Régions favoriser des innovations facilitant la participation

sociale des vieux, éventuellement les examens de santé pour des populations – qui sont d'ailleurs citées –, par exemple les immigrés qui vivent en foyer Adoma (ex-Sonacotra) à 85 ans et qui sont relativement mal suivis, là oui, je suis d'accord ! On voit ici ou là quelques idées mais c'est localement que cela doit se passer et pas nationalement. Il y a, en effet, des initiatives locales où se développe vraiment une approche de santé publique. Je pense aux Villes Santé, aux Villes Bien vieillir. À Rennes, par exemple, il y a eu un effort pour faire de l'intergénérationnel, alors je pense qu'une Ville peut faire ça ! Mais il faut toujours se méfier du concept *bien vieillir*, parce que bien

vieillir, ça veut dire ne pas être malade. Par conséquent, dire « *laissez-nous agir et vous vieillirez bien, vous n'aurez plus d'incapacités et vous ne mourrez pas* » conduit au refus d'affronter le problème de la fin de vie. Or, y faire face me paraît une question fondamentale dans une société. Nous devons en faire une priorité nationale de fait, parce que c'est un problème qui nécessite des moyens et une mobilisation du monde de la santé.

Propos recueillis par **Geneviève Imbert**
Anthropologue, docteur en santé publique,
directrice de recherche,
Fondation nationale de gérontologie,
Paris.

Gérontologie : un clinicien devenu spécialiste de santé publique

Le professeur Jean-Claude Henrard s'identifie comme « *un pur produit de la clinique parisienne* ». Au début de sa carrière, il s'est spécialisé en épidémiologie des maladies rhumatismales à Paris, puis aux États-Unis. À son retour, il s'est intéressé aux problèmes de l'organisation des soins à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Il a été nommé professeur agrégé en médecine interne à la consultation de l'hôpital Sainte-Perrine, puis professeur de santé publique (université René-Descartes-Paris V). Ses travaux en épidémiologie des maladies rhumatismales lui ont permis de comprendre rapidement que « *l'un des éléments essentiels était la prise en compte de leurs conséquences dans la vie quotidienne* », car les traitements médicaux ou chirurgicaux ne sont pas forcément disponibles – à l'exception de certaines pathologies telles que l'arthrose de la hanche ou du genou. « *Je me suis très vite intéressé aux conséquences des maladies et, au début, j'ai cru naïvement que les vieux du quartier avaient des problèmes de maladies chroniques avec retentissement fonctionnel et, à ma grande surprise, ils étaient bien portants. Ils venaient ici on ne sait pas très bien pourquoi finalement. On vérifiait leur état de santé par des bilans complets et on se rendait compte qu'il était fonctionnellement très bon.* »

J.-C. Henrard travaille ensuite au Commissariat général du plan, pour la préparation du 8^e plan (1981-1985), au groupe Vieillir demain. Rapporteur pour la santé, il propose un cadre conceptuel centré sur les conséquences fonctionnelles des maladies chroniques (OMS, 1980), « *mais qui n'a pas rencontré un grand succès* ». Puis,

enseignant de santé publique, il s'intéresse au système de santé, en particulier à la démarche systémique utilisée par des économistes de la santé, qu'il s'efforce d'appliquer. Il constate ainsi qu'en France « *il n'y a pas un système de santé mais des dispositifs éclatés* ». Plus précisément, il prend conscience « *de la fragmentation et de la faiblesse du secteur de la prévention* ». Conseiller technique de plusieurs secrétaires d'État aux Personnes âgées et à la Santé, il a essayé de « *faire passer une approche assez globale de la santé des personnes très âgées avec des réponses assez sectorisées qui s'inspiraient un peu de l'exemple de la santé mentale* ». Il contribue à l'élaboration de la circulaire d'avril 1982 centrée sur la mise en place d'un schéma d'organisation gérontologique « *qui n'a pas connu beaucoup d'applications* ».

Il retourne ensuite à des activités d'enseignement, de recherche et de consultations cliniques avant d'être nommé au Haut Comité de la santé publique, où il travaille sur les déterminants sociaux de la santé dans le cadre du premier rapport sur la santé en France. « *Ce travail a montré que la conception biomédicale de la santé n'était pas très opératoire dans le domaine de la chronicité. Or, aujourd'hui, les maladies chroniques représentent près de deux tiers des remboursements de l'Assurance Maladie, et les réponses qui s'y rattachent sont parcellisées et relativement peu efficaces.* »

« *La vision dominante des années quatre-vingt-dix, note-t-il, était celle des professionnels, avec une certaine arrogance vis-à-vis des usagers et une relative méconnaissance de ce qu'ils pouvaient apporter.* »

J.-C. Henrard publie *Les défis du vieillissement : la vieillesse n'est pas une maladie*. Dans ce livre, il développe une approche pluridisciplinaire des problèmes du vieillissement, dénonce « *la vision de la vieillesse réduite à une conception médicale très déficitaire qui ne résolvait absolument pas la place des vieux dans la société* ». Il critique « *l'utilisation du terme personnes âgées mélangeant les problèmes des jeunes vieux et des vieux vieux* ». Il montre que « *les liens entre la sénescence, l'avancée en âge et les maladies constituent des relations très complexes et souvent très mal perçues* », ce qui rend difficile la proposition de solutions. Il constate cependant « *d'heureuses exceptions à la conception déficitaire du vieillissement notamment à travers les travaux de psychologues du développement (Jung, Erikson)* », qui envisagent le processus du vieillissement de la personne comme un enrichissement au plan psychologique jusqu'à la fin de ses jours. « *Cet enrichissement est fonction du contexte social. Ainsi, dans notre société où la performance et l'activité professionnelles sont essentielles, les vieux sont perdants puisqu'ils n'ont plus de rôle reconnu, étant professionnellement inactifs, et qu'ils sont forcément moins performants qu'auparavant.* » Parmi les travaux de psychologues, J.-C. Henrard relève la théorie de Baltes sur le bien-vieillir. Enfin, sa participation récente aux travaux de la conférence régionale de santé d'Ile-de-France lui a permis de constater l'importante place prise par les usagers, qu'il considère comme « *le groupe d'acteurs le plus dynamique* ».

G. I.

« Les personnes âgées qui en ont le plus besoin échappent à la prévention »

Former les professionnels à la prévention et évaluer les résultats des actions sont les priorités mises en avant par Jean-Pierre Aquino. Le président du comité de suivi du programme Bien vieillir souligne l'importance de lutter contre les inégalités de santé. Pour ce faire, il faut mettre en place des actions qui permettront la meilleure qualité de vie possible dans les situations difficiles.

Geneviève Imbert : Quel constat dressez-vous de la politique de prévention et de promotion de la santé des personnes âgées mise en œuvre en France ?

Jean-Pierre Aquino : On peut toujours mieux faire. Je ne suis pas persuadé que la prévention soit une démarche véritablement ancrée dans nos pratiques professionnelles. Tout le monde applaudit lorsqu'il s'agit de développer la prévention, mais que se passe-t-il au plan individuel lorsqu'on pourrait être soi-même sujet d'une démarche préventive ? Ensuite, l'expérience montre que dans bon nombre de projets ou d'actions de prévention les bénéficiaires ne sont peut-être pas ceux et celles qui en ont le plus besoin. Enfin, la formation des professionnels à la prévention est-elle suffisamment développée ? – et là je pense notamment à la formation préventive des futurs médecins. En posant la question, vous comprenez que ma réponse est plutôt négative.

G. I. : Quel modèle conceptuel de la prévention robuste, applicable et reproductible proposez-vous ?

Tout d'abord un modèle de continuité. Les temps préventifs se succèdent tout au long de l'existence d'un individu, depuis la PMI en passant par la médecine du travail, puis toutes les actions que la gérontologie peut porter. Deuxième élément, une approche globale médico-psychosociale. Troisième élément, préférer, me semble-t-il, des

initiatives collectives aux initiatives individuelles qui ont tendance à être sélectives par un effet d'annonce et par l'engagement d'un individu dans une démarche qui va concerner souvent ceux et celles qui sont déjà informés et qui demandent davantage d'information. Quatrième élément, veiller à ne pas être là encore sélectif par une représentation du vieillissement.

Je m'explique : dans la littérature anglo-saxonne, la notion de *vieillesse réussie* décrit un vieillissement indemne de toute pathologie, ou du moins quelques pathologies mineures bien équilibrées et une satisfaction de l'individu. Ce peut être un objectif vers lequel on souhaite tendre mais il ne faudrait pas que la conclusion soit : il y a ceux qui réussissent leur vieillissement avec le *successful aging* et les autres, sous-entendu ceux qui auraient échoué dans leur vieillissement. Le vieillissement est polymorphe, hétérogène, et il faut proposer aux personnes qui sont en incapacités des mesures préventives ou adaptées leur permettant d'avoir la meilleure qualité de vie possible compte tenu de leur situation.

Autre point important dans la perception de la modélisation du vieillissement : certains font du vieillissement cognitif l'axe prioritaire ; d'autres font du vieillissement physique – musculaire, articulaire – le garant du maintien de l'autonomie ; d'autres s'intéressent au vieillissement psychosocial. Il faut donc envisager un modèle à facettes multiples qui intègre non seulement la

cognition, l'autonomie physique et le lien social, mais aussi toutes les interrogations de nature psychosociale qui permettent de donner à l'individu les ressources nécessaires pour mieux s'adapter à une situation évolutive qui est la sienne.

G. I. : Vous soulignez que dans ce concept *bien vieillir*, il y a la notion de « bien » qui s'oppose à celle de « mal » vieillir, comme si certains pouvaient réussir leur vieillissement, contrairement à d'autres. N'est-ce pas normatif et moralisateur ?

Vous avez raison de proposer un exercice de sémantique. Il y a tout d'abord « vieillir », effet inéluctable du temps sur les êtres vivants, avec une profonde disparité des situations à un âge identique. Il y a un deuxième vocable qui est « bien vieillir », où l'on introduit une notion qualitative qui a trait davantage au vécu individuel au cours de l'avancée en âge qu'à une mesure de performance. Je m'explique : une personne de 75 ans qui a quelques incapacités, n'est pas en mesure de sortir à l'extérieur mais bénéficie d'un entourage familial constant, d'un réseau de voisinage de proximité, ainsi, grâce aux aides qu'elle a de manière régulière au domicile, mène une vie satisfaisante. N'est-ce pas mieux qu'une personne du même âge qui n'a aucune incapacité mais qui, dans son cheminement personnel sur l'avancée en âge, se lamente au quotidien sur la tristesse de la vieillesse et sur sa solitude ?

Et puis vous avez, toujours en termes de sémantique, le « vieillissement réussi », notion de réussite franchement élitiste : cela ne peut être qu'un objectif que les gérontologues et les gériatres peuvent présenter comme une perspective accessible au plus grand nombre dans une dynamique très positive. Mais en aucun cas ce ne doit être une sélection entre ceux qui ont réussi leur vieillissement et ceux qui sont confrontés à « un mauvais vieillissement ». Si le vieillissement est pathologique, il convient de mettre en place les actions, les procédures et les organisations pour permettre la meilleure qualité de vie possible dans ces situations difficiles. Par conséquent, la prévention n'est pas seule en cause, il y a aussi l'organisation de la politique gérontologique au sens large et bien évidemment l'organisation sanitaire *stricto sensu*.

G. I. : Face à des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, « faire » de la promotion de la santé, n'est-ce pas finalement une utopie ?

Non, je ne le pense pas. Que ce soit difficile, sûrement, que ce soit moins crédible parce qu'étant vécu comme moins valorisant qu'une technique curative qui va modifier complètement le parcours de vie d'une personne, sûrement. Mais c'est une stratégie de fond qui me paraît nécessaire, utile, et qui doit mobiliser les efforts du plus grand nombre.

Le problème de la santé des seniors dépasse très largement les aspects médicaux traditionnels. On voit bien que le vécu de l'enfance, les habitudes en santé prises par les parents vont marquer le parcours de vie de celui qui va devenir adolescent, adulte et retraité. Il n'y a pas que le patrimoine génétique qui entre en ligne de compte dans cette transmission, il y a aussi une transmission d'habitudes de vie qui sont celles des parents et que l'on va retrouver chez ceux qui vieilliront dans un deuxième temps. Nous sommes là dans un cheminement multifactoriel, d'où la nécessité d'être en intersectoriel dans une démarche globale, celle que prône la gérontologie et qui doit demeurer présente à notre esprit. C'est ce qui donne à toute démarche préventive à la fois sa complexité mais aussi son caractère passionnant.

G. I. : Que préconisez-vous pour contribuer au maintien ou à l'amélioration de la santé des personnes dans le contexte de l'avance en âge, sans occulter la lutte contre les inégalités sociales de santé ?

Je reprendrai les trois grands objectifs du plan national Bien vieillir : l'exercice physique – dont la preuve scientifique est faite comme étant un bon moyen préventif –, les aspects nutritionnels en lien avec le Programme national nutrition-santé et toute la culture du lien social avec ses déclinaisons au quotidien dans la vie en milieu urbain ou rural. Je signale à cette occasion un lien que nous avons établi avec le programme de l'OMS *Villes, amies des aînés*, dans lequel un certain nombre de critères permettent de reconnaître une ville où il fait bon vieillir (*NDLR : voir l'article de Marie Cauli dans ce même numéro*). Cette labellisation de villes, en France, s'inscrit dans une perspective de développement en cours. Voilà donc les trois objectifs prioritaires qui donnent lieu à des déclinaisons pratiques. Pour lutter contre les inégalités sociales en santé, en particulier dans le domaine de la prévention, il est nécessaire d'avoir une vision globale du

vieillesse et non une vision fragmentaire selon l'étiquette professionnelle qui est la nôtre.

Enfin, la prévention en gérontologie ne pourra être assurée que si deux forces essentielles sont développées conjointement. Premièrement, la formation des professionnels à la prévention, en lui donnant une image aussi noble et aussi dynamique que les soins curatifs ; et, deuxièmement, la prévention ne pourra progresser et n'être reconnue que s'il y a une évaluation scientifique de ses résultats permettant de repérer les actions efficaces pertinentes, reproductibles, associées à des recommandations de bonnes pratiques.

G. I. : Vous évoquez la distorsion entre les actions de prévention insuffisantes et le volet curatif souvent privilégié : quelles en sont les limites ?

Le champ biomédical est un champ contributif dans l'exercice de la gérontologie mais il est insuffisant. Et, si la gérontologie doit être exclusivement biomédicale, c'est un contresens dont on doit se garder. Mais d'un autre côté,

dans nos pratiques professionnelles, il convient de veiller à ce que toute personne, en raison d'une situation donnée, puisse bénéficier à tout moment du maximum de chances dans le secteur biomédical – sans pour autant écartier la qualité de son organisation –, et toute la richesse de l'organisation sociale et de la culture du lien social. Il faut donc une vigilance permanente dans cette approche globale et transversale. La chance de la gérontologie, c'est d'être une discipline transversale et c'est aussi la complexité de cette situation qui rend son exercice difficile. Mais cette transversalité est également l'une des explications de la non-reconnaissance de cette discipline par un certain nombre de professionnels spécialistes d'organes qui la considèrent comme accessoire.

G. I. : « Changer les habitudes de vie » dans le contexte de l'avancée en âge, est-ce une utopie ?

Changer de manière drastique, c'est sûrement une utopie. Parce que, généralement, le comportement que l'on a à 65-70 ans est le fruit d'un long cheminement qui a inscrit de manière assez profonde un certain nombre de caractéristiques chez l'individu. En revanche, par touches successives, par l'utilisation demain de la consultation de longévité, une prise de conscience de l'individu

sur certaines caractéristiques de sa situation peut contribuer à une évolution comportementale. Ainsi, la mise en évidence d'une anomalie ou d'un facteur de risque qui n'avait jusqu'alors pas été identifié peut contribuer à ces modifications. Et puis le fait de donner de l'information au moment où l'on en a besoin est un élément contributif supplémentaire.

G. I. : Quel regard la société porte-t-elle sur les personnes âgées ?

C'est une préoccupation majeure : quel est le comportement de la société vis-à-vis des plus anciens ? Comment les plus anciens trouvent-ils leur place, difficile à occuper au sein de la société actuelle ? Si notre société doit développer un jeunisme outrecuidant, on voit mal comment on peut vieillir dans de bonnes conditions. Une réflexion sociologique est essentielle et doit être menée sur la représentation de la vieillesse au sein de notre société. Comment les plus âgés sont-ils vécus, quelle idée avons-nous d'eux en attendant le jour où nous serons nous-mêmes concernés ? Il y a tout un champ d'investigations, de pédagogie, d'information et de communication sur ces questions. Si nous avons un plan mettant en œuvre une prévention active, dynamique qui formule de multiples propositions dont certaines ont une efficacité démontrée, et si, d'un autre côté, les personnes qui en bénéficient ne trouvent pas leur place dans la société actuelle, on comprend bien que la dynamique aura été un peu fragmentaire et qu'on aura créé une distorsion.

Propos recueillis par **Geneviève Imbert**
Anthropologue, docteur en santé publique,
directrice de recherche, Fondation nationale
de gérontologie, Paris.

J. P. Aquino : président du comité de suivi de Bien vieillir

Jean-Pierre Aquino est gériatre et médecin de santé publique. Son engagement dans la prévention remonte à une vingtaine d'années en tant que conseiller technique du centre de prévention du groupe Médéric, intitulé l'Observatoire de l'âge. De 1998 à 2004, il a assuré la coordination des dix centres de prévention Agirc et Arrco ; objet : définir un dossier commun, une mutualisation des données et une stratégie préventive globale et coordonnée au niveau des centres de prévention.

En 2006, il se voit confier la présidence du comité de pilotage du plan national Bien vieillir et, fin 2008, la présidence du comité de suivi du plan national Bien vieillir ; avec une mission particulière : développer, à partir des travaux d'un groupe de professionnels, une consultation de longévité applicable à la cessation d'activité professionnelle et aux septuagénaires, en s'appuyant sur les travaux publiés sur la consultation à 70 ans, précédemment engagée dans le cadre de la loi de santé publique de 2004.

Indépendamment de son activité hospitalière dans un établissement de soins (clinique de la Porte-Verte), qui représente l'essentiel de son activité, J.-P. Aquino est depuis longtemps acteur de la prévention en gérontologie. Surtout, il se dit « *persuadé de l'évitement possible d'un certain nombre de situations catastrophiques que nous voyons en milieu hospitalier, si en particulier des précautions d'amont avaient été prises et concrétisées dans une démarche préventive* ».

G. I.

Politiques de santé et promotion de la santé des personnes âgées

Présidente de la Fondation nationale de gérontologie, Geneviève Laroque dresse un bilan de la politique de promotion de la santé des personnes âgées mise en œuvre en France au cours des dernières décennies. Elle en souligne les avancées et les insuffisances. Une attention particulière doit être portée aux personnes les plus fragiles, qui requièrent une surveillance médicale accrue et une plus grande densité de soins de toute nature. La promotion de la santé des personnes âgées ne repose pas uniquement sur une politique médicale mais sur la prise en compte de l'humain et des relations sociales.

1945 : l'espérance de vie est d'environ 60 ans, la grande majorité des personnes âgées est pauvre. La protection sociale est encore relativement faible.

2008 : l'espérance de vie dépasse 80 ans. Le niveau de vie moyen des personnes âgées est proche de celui de l'ensemble de la population. La protection sociale est développée et structurée.

2050 : l'espérance de vie est proche de 85 ans. Le niveau de vie moyen des ménages âgés reste relativement élevé, surtout en raison du nombre de ménages à double retraite. La protection sociale évolue.

On sait que l'augmentation de la longévité est due davantage à l'évolution du niveau et des conditions de vie qu'à celle des soins médicaux pris au sens strict. C'est pourquoi une politique de santé implique nécessairement des préoccupations relatives à l'environnement, aux conditions de vie, aussi bien qu'aux conséquences possibles des maladies sur la vie quotidienne. Les politiques publiques relatives à la vieillesse peuvent donc être réparties entre ce qui concerne les conditions de vie – logement, revenus et autres, particulièrement les rôles sociaux possibles, vie familiale et sociale – et ce qui concerne plus directement la santé, la maladie et les incapacités de toute nature. Le rapport « Politique de la vieillesse », publié en 1962 sous la direction de Pierre Laroque, a proposé une vigoureuse synthèse des questions liées

au vieillissement de la population et influencé depuis ministres et experts.

Lutte contre la pauvreté

On constate ainsi que depuis une soixantaine d'années l'accent a été mis, d'abord, sur la lutte contre la pauvreté des vieillards, par la mise en place de systèmes de retraite complétés ou suppléés par des mesures d'aide sociale (minimum vieillesse progressivement augmenté).

La problématique de la perte d'autonomie est devenue de plus en plus importante. Les progrès de la vie quotidienne et de la médecine, qui ont permis l'émergence de cohortes importantes de seniors en pleine capacité, ont aussi conduit à une survie durable de personnes fragilisées requérant plus de surveillance médicale et une plus grande densité de soins de toute nature.

La place et le rôle des personnes âgées dans la société, conditionnés largement par la question des revenus, ont également été le fondement de la priorité donnée au maintien à domicile, qui s'est traduit par des mesures de nature variée : l'amélioration des logements, la multiplication des foyers-logements, l'extension des aides à domicile, d'abord sous la forme d'aide-ménagère dès 1954, puis étendu à d'autres mesures, comme, par exemple, l'ouverture aux personnes âgées du voisinage des restaurants de foyers-logements aussi bien que les portages de repas à domicile ou autres services, la mise en place de

clubs pour atténuer les risques d'isolement. L'organisation des soins infirmiers à domicile, initiée de longue date, n'a pu véritablement s'épanouir qu'après leur reconnaissance réglementaire, en 1981.

Adapter les structures d'accueil

Pour répondre à ces besoins qui, sans être nouveaux, changeaient de dimension, les structures d'accueil ont dû se transformer. Les anciens hospices ont vu d'abord leur capacité augmenter et des amorces de modernisation ont été entreprises. Devant l'insuffisance de ces mesures, la transformation complète, architecturale et organisationnelle de ces établissements, prévue en 1975 pour durer dix ans, a demandé vingt ans d'efforts. Lors de cette même période, les établissements ont été réorganisés pour permettre une meilleure prise en compte des besoins liés à la perte d'autonomie et aux dégradations de l'état de santé. De la maison de retraite à la maison de cure médicale, puis à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la volonté publique était de confirmer le caractère médico-social de ces structures qui devaient combiner la réponse sociale et la réponse sanitaire sans sacrifier ni l'une, ni l'autre.

Au domicile, outre les services précédemment cités dont certains assistent la personne âgée mais soulagent aussi ses proches aidants, d'autres mesures cherchent à mieux prendre en compte la charge reposant sur les proches aidants, comme les séjours temporaires

dits de répit, accueils à temps partiel ou, dans un autre registre, les soutiens directs, individuels ou par groupes de parole. Ils seront mis en exergue lors des plans Alzheimer, dès lors que les malades demeurent le plus souvent en famille jusqu'à un stade très avancé de leur maladie.

Développement de la gériatrie

Les personnes âgées ont bénéficié, comme l'ensemble de la population, des avancées de la médecine. Cependant, même si l'Inserm, dès avant 1960, avait créé sous l'autorité du professeur François Bourlière (qui sera le premier directeur de la Fondation nationale de gérontologie), un centre de recherche gérontologique, la recherche gériatrique se développe lentement et le monde hospitalo-universitaire, sauf par quelques pionniers, s'ouvre peu à la gériatrie. L'enseignement médical ne mettra en place qu'en 1988 les diplômes nationaux (DESC et capacité en gérontologie), après la création de quelques diplômes d'université d'importance inégale.

L'organisation hospitalière a développé les services dédiés aux personnes âgées sans toujours affirmer clairement cette vocation, donc sans prendre suffisamment en compte les besoins spécifiques de cette population. La population « gériatrique » n'est, en effet, pas définie uniquement par son âge, mais

aussi par sa « fragilité », c'est-à-dire le plus souvent par une polyopathie et un risque important, voire déjà une situation de perte d'autonomie. De nombreuses personnes âgées, voire très âgées, bénéficient parfaitement de soins hospitaliers en service de spécialité mais la personne âgée fragile voit trop souvent sa perte d'autonomie s'aggraver à l'hôpital si des précautions particulières ne sont pas prises pour compléter, soutenir, moduler les soins techniques dont elle peut faire l'objet.

Moyens gériatriques insuffisants

Cependant la notion de « filière gériatrique », c'est-à-dire l'ensemble des structures sanitaires susceptibles d'être offertes à la population âgée n'a émergé que tardivement. Le rapport des professeurs Jeandel, Pfitzenmeyer et Vigouroux, en 2006, en rappelle des principes : la palette gériatrique offerte doit être complète : consultations, hôpitaux de jour, hospitalisations de court, moyen et long séjours, et reliée aux soins ambulatoires, libéraux ou non ainsi qu'aux structures médico-sociales et sociales. Elle n'existe pas nécessairement partout ; la coordination intra-sanitaire et entre structures ou intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux, est indispensable et doit être formalisée et contractualisée, le vieillissement des patients doit être pris en compte également dans les services non gériatriques, des moyens suffisants

doivent être donnés aux structures gériatriques dont les besoins spécifiques doivent être retenus lors des opérations de tarification. Ce rapport synthétise ainsi des demandes réitérées au fil des années. Les unités de court séjour gériatriques demeurent encore en nombre insuffisant, d'où l'importance de la création d'équipes mobiles gériatriques.

La suroccupation des services hospitaliers actifs, dans les années 1960, avait incité les pouvoirs publics à développer des services dits de « chroniques » ou de « désencombrement » massivement occupés par des personnes âgées. Pendant la période de transformation des hospices et de début de médicalisation des établissements médico-sociaux, les hôpitaux ont transformé ces services en unités de « moyen séjour », voire de rééducation gériatrique. Outre que les mots sont moins péjorativement stigmatisants, une nouvelle dynamique devait être insufflée à ces services pour que les soins qui y étaient dispensés permettent de mieux envisager des retours à domicile, au besoin avec des aides organisées et que, dans l'impossibilité d'un retour à domicile, l'orientation vers un établissement d'accueil adapté puisse être envisagée. Ces objectifs ambitieux n'ont malheureusement pas toujours pu être atteints et, trop souvent, les unités de moyen séjour devenaient des « antichambres du long séjour ».

Les services hospitaliers de long séjour (devenus depuis services ou unités de soins prolongés) avaient été organisés à partir des anciens hospices et, parfois, à partir d'unités de « chroniques ». Ces toutes dernières années, compte tenu de l'objectif de meilleure adaptation des établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) aux besoins de soins des résidents grâce à la réforme de la tarification, la suppression des unités hospitalières de soins prolongés a été envisagée. L'objectif serait de réserver l'hôpital à des soins aigus et complexes, et de consacrer les établissements médico-sociaux à des hébergements nécessitant par ailleurs des soins durables de moindre lourdeur et complexité. Diverses réflexions – déjà entreprises lors de la transformation des hospices – se poursuivent afin d'orienter les personnes âgées en perte d'autonomie et souvent atteintes de maladies chroniques vers les structures les plus

adaptées à leur état – et les moins coûteuses pour la collectivité si possible.

Le plan Alzheimer

Bien que les affaiblissements mentaux aient été constatés de tout temps chez certaines personnes âgées, l'augmentation du nombre de malades atteints de maladie d'Alzheimer et autres troubles des fonctions supérieures, corrélée avec celui des grands vieillards, a conduit à la mise en œuvre, appuyée sur le rapport du professeur Joël Ménard (2007), de programmes d'action spécifiques. Le plan Alzheimer 2008-2012 comporte quarante-quatre mesures. Réparties en trois axes, ces mesures tendent à améliorer la vie des malades et de leurs aidants (vingt mesures), à augmenter les connaissances sur la maladie et les moyens de la combattre (quatorze mesures) et à souligner qu'il s'agit d'un enjeu de société, français et européen (dix mesures). Le budget prévu est de 1,6 milliard d'euros sur cinq ans.

L'accompagnement de l'augmentation de la longévité suppose aussi, afin de conforter les constatations de l'Inserm sur une augmentation plus rapide de l'espérance de vie sans incapacité que celle de l'espérance de vie globale, un renforcement des politiques de prévention des pathologies et des infirmités liées au vieillissement. Si l'on peut dire que toutes les mesures qui contribuent à maintenir les personnes âgées dans la société s'intègrent à cette politique prise au sens large, des mesures particulières ont été prises depuis 2003 dans le cadre du programme Bien vieillir.

Le plan Bien vieillir

Ce programme couvre un champ d'intervention très large. Il s'adresse prioritairement aux personnes entre 50 et 74 ans, soit les « jeunes seniors », mais nombre de mesures concernent également les personnes plus âgées. Les mesures de dépistage (par exemple, le dépistage gratuit du cancer du sein proposé aux femmes de 50 à 74 ans, le projet de dépistage fin 2009 du cancer colorectal pour les personnes de la même tranche d'âge) et de prévention de pathologies incluent une consultation de médecine au moment du départ à la retraite, permettant un bilan global de l'état de santé de la personne ainsi que la préconisation de préven-

Les lois et plans de promotion de la santé en direction des personnes âgées

France

- Rapport « Laroque », 1962
- Loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Programme de prévention et d'organisation de soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005
- Plan Alzheimer 2004-2007
- Loi d'orientation en santé publique d'août 2004 : trois objectifs spécifiques concernent la population âgée (dénutrition, iatrogénie médicamenteuse, chutes et fractures)
- Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées – création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, mise en place d'un plan national Canicule
- Loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées
- Plan Solidarité Grand Âge, juin 2006
- Plan de lutte contre la douleur 2006-2010
- Plan national nutrition-santé 2006-2010
- Plan Bien vieillir 2007-2010
- Plan Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011
- Plan présidentiel Alzheimer 2008-2012.

Europe et monde

- Année internationale des personnes âgées 1999
- Cadre d'orientation de l'Organisation mondiale de la santé Vieillir en restant actif en 2002
- Projet européen *Healthy Ageing/Vieillir en bonne santé* 2004-2007
- Guide mondial des Villes amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé, 2007.

Stéphanie Pin Le Corre

Sociologue, chargée de recherche à l'INPES.

tion des conséquences de maladies chroniques comme l'ostéoporose, de risques de chutes (entraînement de l'équilibre) ou de déficiences sensorielles comme la presbycusie ou les déficiences visuelles. Des comportements sains sont recommandés, notamment en matière d'alimentation (équilibrée et variée), d'activité physique (sportive ou non, régulière). Pour que ces recommandations puissent être suivies, il est nécessaire qu'elles coïncident avec l'histoire, la culture et aussi les moyens des personnes auxquelles elles s'adressent. Par ailleurs, les activités de vie sociale (préparation à la retraite, actions intergénérationnelles, ludiques, culturelles, etc.) sont encouragées. Enfin, des actions plus collectives concernant le logement, les aides techniques, une réflexion sur les liens entre vieillesse et précarité (personnes immigrées, personnes sans domicile, etc.) doivent soutenir l'ensemble du programme.

Les politiques de santé au sens strictement médical ne peuvent avoir d'impact sur la promotion de la santé des personnes âgées (comme des autres populations) que si elles s'inscrivent dans des politiques d'ensemble. Les interactions entre niveau de vie, mode de vie, environnement matériel, administratif et humain, relations sociales et affectives, et toutes les autres composantes de l'existence sont telles que la seule organisation de l'appareil de santé est insuffisante. Il faut – mais il ne suffit pas – que cet appareil et que les politiques qui le pilotent soient satisfaisants dans le contexte économique et social. Il faut aussi que ce contexte puisse prendre en considération l'ensemble des besoins d'épanouissement de chaque citoyen... mais cela est une autre histoire !

Geneviève Laroque

Présidente de la Fondation nationale de gérontologie, Paris.

Lutter contre la mise à l'écart des aînés, valoriser tout ce qu'ils nous apportent

Notre monde nous renvoie parfois une image désastreuse de la vieillesse avec la peur de mal vieillir et de finir seul, mal aimé, dépendant, s'insurge Marie de Hennezel, psychologue et psychothérapeute. C'est le regard de la société qui doit changer : au lieu de mettre à l'écart ses aînés qui se sentent ainsi inutiles, elle doit valoriser ce qu'ils peuvent apporter à la communauté.

Notre génération sait qu'elle va vivre longtemps, on le lui promet, plusieurs d'entre nous ont toutes les chances d'atteindre l'âge de 100 ans. Ce gain de longévité est-il une bonne ou une mauvaise nouvelle ? La science nous offre une vraie ralonge puisqu'elle est maintenant capable de lutter contre la « rouille » qui menace notre corps. Qu'allons-nous faire de ce temps en plus ? C'est l'aventure à laquelle nous sommes appelés car nous sommes les premiers à en faire l'expérience.

Deuil de sa jeunesse

Plus globalement, on ne peut pas prétendre à une vieillesse sereine et lumineuse sans avoir fait le deuil de sa jeunesse et médité sur sa mort à venir. L'obsession de notre génération (NDLR : les 50-65 ans) est en effet de rester jeune. Si cela dépend de nous, de notre manière de vivre, de notre santé physique, il est de notre responsabilité d'éviter deux écueils : le premier est de nous couper des générations plus jeunes. Le second serait, en voulant de manière obsessionnelle prolonger notre jeunesse, de manquer notre tâche, celle de nous préparer au grand âge et à la mort. Sans doute faut-il ainsi faire le deuil de la beauté objective de nos corps. Lorsque l'on accepte de perdre quelque chose, autre chose vient. C'est la dynamique du deuil. Ce n'est pas une consolation, c'est une réalité. Mais on l'oublie. Or le jour où l'on pourra regarder des images de vieilles personnes avec émotion, s'identifier à elles sans réticence, se dire que l'on aimerait être comme elles lorsqu'on sera vieux, ce jour-là, notre société aura fait un pas de géant. Nous avons peur

de devenir transparents, de ne plus intéresser personne ; c'est bien à notre génération de lutter contre cette mise à l'écart des aînés et de valoriser tout ce qu'ils peuvent nous apporter. Pourquoi ne pas s'inspirer de cette expérience américaine ? Dans certains quartiers de New York, se mettent en place des « cercles des aînés » pour permettre, à ceux qui souffrent de se sentir inutiles et seuls, de transmettre aux générations plus jeunes un savoir sur la vie. Dans ces cercles, les personnes les plus âgées s'assoient en rond au centre et les plus jeunes en périphérie.

Les plus vulnérables peuvent transmettre

Le documentaire de Laurence Serfaty *Alzheimer jusqu'au bout de la vie*, tourné au Québec, relate la vie quotidienne dans un lieu de vie pilote. Voilà des images qui modifient notre regard si pessimiste sur cette maladie. Conviction notamment que l'on peut communiquer avec un dément, si on maintient un lien avec lui. Encore faut-il être convaincu que cela en vaut la peine parce que celui-ci demeure bien « une personne et non le reste d'un humain déchu et définitivement injoignable ». Ne peut-on mieux dire que même les plus vulnérables de nos âgés ont quelque chose à nous transmettre ? L'idée que, même démente, je pourrais encore apporter quelque chose à mes proches est la deuxième pensée qui m'aide à envisager le pire.

Nous le constatons à travers de multiples témoignages : quel que soit le lieu où nous terminerons notre vie, la dimension humaine peut être présente.

C'est elle qu'il faut que nous défendions, dans un monde parfois trop technique, où l'on oublie que l'on a affaire à des personnes. Nous avons toutes les raisons de penser que cette humanité et cette dignité que nous souhaitons pour nous-mêmes, comme pour nos proches, iront grandissantes. Car les pouvoirs publics ont pris la mesure du phénomène de la maltraitance¹ et bon nombre d'institutions n'ont pas attendu ce plan pour humaniser la fin de vie des personnes âgées qui leur sont confiées. Si l'on veut permettre à une personne âgée de rester une « personne humaine » jusqu'au bout, il faut la traiter comme on le fait avec les nouveau-nés, avec respect, attention et tendresse.

« On devient curieux de tout »

Le magazine *Nouvelles clés* (1) a publié « dix témoignages de seniors magnifiques ». « *Ce que donne l'âge, c'est bien la jeunesse du cœur* », affirme Benoîte Groult, qui ajoute : « *Pouvoir ouvrir les volets chaque matin et découvrir le jour naissant... le monde redevient frais tous les jours. Chaque geste prend sa valeur, on devient curieux de tout, bien plus curieux qu'avant. Par exemple, je viens de découvrir la poésie, qui vous pousse à la contemplation, vous ramène à l'essentiel. Je découvre la richesse des voyages immobiles. Quand j'étais dans l'action, je délaissais. Maintenant je la savoure.* » Henri Salvador surenchérit : « *Cette curiosité, c'est ce qui conserve ; c'est l'antivieillesse par excellence.* »

Alors, existe-t-il des clés pour un bon vieillir ? Notre génération va vivre plus longtemps et mieux. Comment faire

pour aller sur les pas de Jeanne Calment ? Outre les règles d'hygiène de vie que nous avons abordées ailleurs, le sommeil, la nourriture frugale et équilibrée, l'évitement de l'alcool et du tabac, le mouvement, il s'agit avant tout de s'adapter aux situations, de garder confiance dans ses ressources, d'accepter ses limites avec humour, de savoir refuser ce que l'on n'a pas envie de faire et de veiller à glisser dans son quotidien des plages de temps consacrées à faire ce qui fait plaisir, tranquillement. Si, en plus, on peut partager avec son entourage ses soucis, alors on est sur la bonne voie. Toutes les études montrent que les personnes âgées qui ont conservé un réseau relationnel autour d'elles, familial, amical, vivent plus longtemps que les autres. Donner, recevoir, faire preuve de générosité exerce un effet positif. À l'inverse, les conflits relationnels sont un véritable poison, qui ronge comme la rouille.

En paix avec le passé pour envisager l'avenir

Robert Dilts, auteur de nombreux ouvrages de programmation neurolinguistique, a conduit une étude auprès de personnes âgées restées dynamiques, et s'est intéressé au processus psychologique qui caractérise ces personnes, leurs croyances, etc. Il a d'abord été frappé par leur ouverture d'esprit, leur liberté de pensée et leur tolérance. Il souligne l'importance de rester en mouvement, de chanter, de regarder le côté positif de la vie et des événements, de voir dans les épreuves de la vie une opportunité pour évoluer plutôt qu'un échec. Il met en avant le rôle essentiel de l'humour. Et surtout, s'ils sont capables d'envisager l'avenir, c'est qu'ils sont en paix avec leur passé. Le philosophe Robert Misrahi estime qu'il faudrait éduquer les personnes âgées ; c'est dire à quel point il croit à la capacité d'apprendre jusqu'au bout de sa vie. On sait maintenant que l'optimisme prolonge la vie. Une étude américaine, conduite pendant vingt-trois ans auprès de six cents personnes, a montré que celles qui avaient une attitude positive au début de l'étude ont vécu en moyenne sept ans de plus que les autres. Tout se passe comme si le corps avait besoin de signaux d'espoir pour récupérer, s'adapter et rester en forme. Dans son livre *Rester jeune, c'est dans la tête*, Olivier de Ladoucette pense que « *l'optimisme peut s'apprendre, y compris tard* » (2).

On peut apprendre à être positif, à regarder la vie du bon côté à 60 ans même si l'on n'a pas acquis cette aptitude dès l'enfance. On peut apprendre à remettre en question ses pensées négatives, à faire confiance à l'existence. Bien sûr, cela suppose de le vouloir et de chercher de l'aide. Mais toutes les stratégies et clés pour une vieillesse réussie ne sont efficaces que si l'on accepte de vieillir, donc de se transformer.

Accepter de vieillir : accepter ce que l'on ne peut pas changer et se tourner vers tout ce qui reste à découvrir. C'est une étape nécessaire pour que nous mûrissions et puissions accéder à quelque chose de nouveau. Comme dans tout processus de deuil, cela passe par un état de dépression ou/et de tristesse et de retour sur soi, mais cet état n'a rien de pathologique. Il s'agit d'une intériorisation pour aller puiser en soi les forces vives de l'âme. Car le désir est toujours là. Notre énergie vitale nous pousse toujours vers l'avant, cherche toujours du nouveau et cela, jusqu'au dernier jour. La transformation qui accompagne la dernière trajectoire de vie est un accomplissement. Comme le dit Michel de M'uzan (3), il s'agit de « *se mettre complètement au monde avant de disparaître* ». La seconde partie de la vie a donc un but plus spirituel. Elle est caractérisée par le « processus d'individuation », un processus au cours duquel le Moi, qu'on pourrait appeler l'homme extérieur, « se sacrifie » au Soi, à l'homme intérieur. C'est bien le Moi, l'ego, l'homme extérieur qui vit cette « descente ». Le Soi, lui, au contraire, continue sa progression.

Un travail intérieur, sur soi

Une vie accomplie est une vie apaisée. Il faut donc faire sa pelote, défaire l'écheveau de sa vie, la relire, événement après événement. Il s'agit de se libérer des entraves d'un passé douloureux, de se pardonner ses échecs. C'est un vrai travail intérieur, un travail sur soi qui revient à accepter le réel avec ses limites. En tant que thérapeute, j'ai constaté combien l'être humain refoule ses émotions, le mal qu'il a à les exprimer naturellement. Soit il les dénie, soit il les sous-estime, soit il les combat. Ces émotions mises au placard depuis l'enfance sortent parfois brutalement dès lors que la vulnérabilité de la vieillesse leur ouvre la porte. On

assiste alors à un débordement d'affects trop longtemps retenus.

Paul Ricœur a pensé à la grande vieillesse, il distinguait en elle deux dangers principaux, la tristesse et l'ennui. Ainsi, il y a l'ennui de celui qui a beaucoup vécu et qui se dit « *J'ai déjà vu tout ça !* ». Comment le prévenir ? Pour P. Ricœur, il s'agit d'« *être attentif et ouvert à tout ce qui arrive de nouveau. S'émerveiller, voilà un bonheur qui est à la portée de tous. Un bonheur largement partagé.* » Certains écrivains octogénaires parlent avec émotion de cette faculté d'émerveillement qui serait l'une des « *béatitudes de la vieillesse* », l'expression est de Christiane Singer (4). Cette faculté de s'émerveiller, de contempler, vient comme une compensation. À entendre tous les âgés vanter cette vertu passive, on finit par se dire que la vieillesse est l'âge rêvé pour ouvrir les yeux sur le monde. On a tellement vécu, vu, pensé, ressenti, enduré une somme infinie de choses ! C'est comme un travail de polissage de l'ego qui use et rend transparent.

Marie de Hennezel

Psychologue, psychothérapeute.

1. Un plan de « développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance » a été mis en place le 14 mars 2007. Il prévoit la création d'une Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (Anesm), qui notera et accréditera les maisons de retraite. <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse/dossiers-presse>

Pour en savoir plus

Cet article reprend une analyse développée par l'auteur dans son ouvrage intitulé *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller. Vieillir sans être vieux*. Paris : Robert Laffont, 2008 : 252 p.

► Références bibliographiques

- (1) *Le nouvel âge d'or*. Nouvelles clés n° 51, automne 2006.
- (2) de Ladoucette O. *Rester jeune, c'est dans la tête*. Paris : Odile Jacob, 2005 : 304 p.
- (3) Michel de M'uzan. *Le travail du trépas. L'art et la mort*. Paris : Gallimard, coll. Connaissance de l'inconscient, 1977 : 208 p.
- (4) Singer C. *Les âges de la vie*. Paris : Albin Michel, coll. Espaces libres, 1990 : 209 p.

Le plan Bien Vieillir : première évaluation des actions de terrain

Le plan Bien vieillir soutient des actions de terrain visant à promouvoir la santé des aînés. Les pouvoirs publics ont évalué trois cent quatorze projets pour en mesurer l'efficacité. Parmi les points forts, l'appropriation par les acteurs, le caractère innovant des actions et la création d'une base de données. Parmi les points faibles, le partenariat reste souvent insuffisant tout comme les auto-évaluations menées par les porteurs de projets, confrontés il est vrai à des contraintes administratives importantes.

Le plan national Bien vieillir vise à inciter l'ensemble de la population et notamment les seniors à adopter des attitudes et des comportements positifs pour un vieillissement en bonne santé. Depuis 2005, afin d'initier et de promouvoir des actions de terrain innovantes s'inscrivant dans les objectifs du plan Bien vieillir, un appel à projets annuel est lancé conjointement par la direction générale de la Santé (DGS), la direction générale de l'Action sociale (DGAS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (axe 7 du Plan).

Dans ce contexte, ces trois institutions ont confié à un prestataire externe (Métis Partners et Bionest Partners), sélectionné après un appel d'offres public, une mission d'évaluation des appels à projets régionaux Bien vieillir de 2005 et 2006.

Mission et réalisation

L'objectif principal de cette étude consiste à réaliser un état des lieux précis et détaillé des projets-actions menés en 2005 et 2006, à partir des diverses sources d'informations existantes. Au total, ce sont 314 projets-actions qui ont été analysés afin de constituer une base de données exploitable, selon une double dimension : prévisionnelle (relevé des données des dossiers déposés) et évaluative (relevé post action de 150 projets-actions auto-évalués). En outre, des entretiens sur site conduits auprès des vingt-deux Drass de France métropolitaine ont permis de compléter le recueil d'informations sur les projets-actions et sur l'organisation de la gestion de l'appel à projet en région.

Enfin, des entretiens téléphoniques auprès de porteurs de projet ont permis d'enrichir la démarche évaluative. Un premier rapport (rapport de fin de phase 1, CNSA) présente l'intégralité des travaux menés dans cette première phase et leurs résultats. Les quatre figures de cet article présentent quelques données issues de cette évaluation.

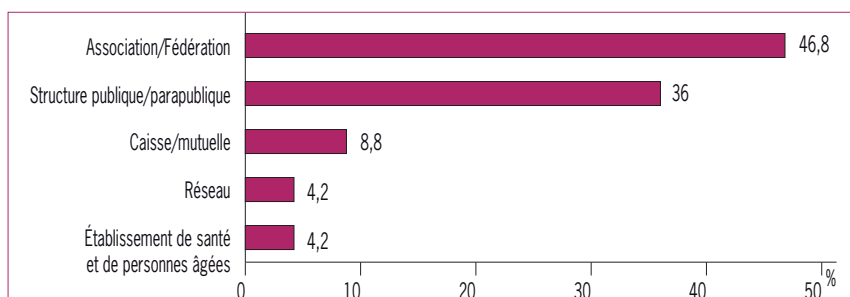
Actuellement en cours, une seconde phase permet de tester sur le terrain des outils d'aide à la gestion et promotion des projets Bien vieillir. Ces outils, développés spécifiquement d'après les enseignements de la première partie de la mission, ont fait l'objet d'un travail approfondi sur les indicateurs et leur utilisation. L'analyse des objectifs des projets-actions a permis de définir des indicateurs et de les structurer grâce à la méthodologie des arbres et tableaux de correspondance¹. Un travail de relevé des objectifs définis par les porteurs de projet et un relevé des indicateurs utilisés sont venus renseigner cet arbre de correspondance. Une recherche bibliographique a complété la constitution d'un répertoire d'indicateurs créé grâce à cette méthode.

Une recherche internationale présentant les programmes et stratégies développés dans d'autres pays sur la thématique du bien-vieillir a été réalisée en parallèle. Une revue des différents plans et programmes hexagonaux en matière de vieillissement a été conduite afin d'analyser leurs liens potentiels avec le programme et le plan Bien Vieillir.

Des analyses ciblées sur des actions « d'excellence » (telles que définies selon le cahier des charges et les critères du comité de pilotage) ainsi qu'une étude spécifique des projets concernant les populations en situation de vulnérabilité sociale et/ou économique ont également été réalisés. Les spécificités de ces projets soulignent l'intérêt d'un approfondissement et d'un développement des projets correspondants à ces thèmes.

Ces différentes approches et notamment la constitution du répertoire d'indicateurs permettront d'alimenter un « kit » (outil global) destiné aux porteurs de projet afin de faciliter la définition préalable des indicateurs nécessaires au

Figure 1. Répartition du nombre d'actions par type de promoteur



développement et à l'auto-évaluation de leur projet. Ce répertoire sera également intégré à un « kit » à destination des Drass et des professionnels en lien avec la gestion de l'appel à projet. L'objectif de ces outils mis à disposition sous forme informatisée est de partager une culture commune à l'ensemble des acteurs, en les accompagnant tout au long du processus de l'appel à projets dans une dynamique de partage d'informations. Le répertoire d'indicateurs, des fiches techniques et un glossaire visent à permettre désormais de façon plus aisée la définition du cadre commun de référence pour tous les acteurs de l'appel à projets.

Actuellement en cours de finalisation, ces outils testés auprès de cinq Drass et dix porteurs de projets volontaires pourront servir d'appui pour le développement ultérieur du plan. Les résultats finaux seront disponibles à compter de septembre 2009.

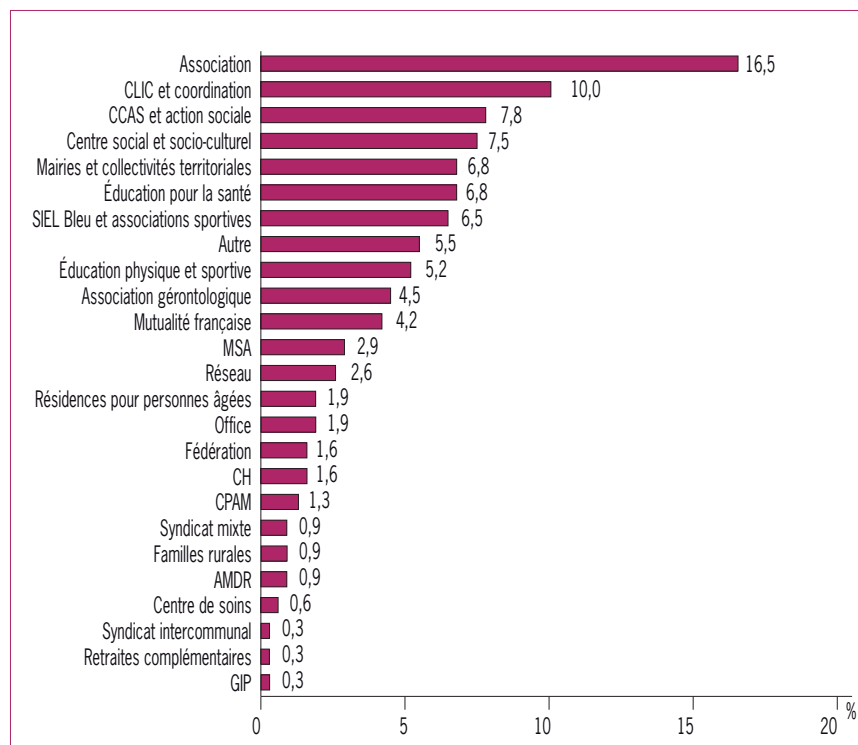
Quelques points forts

- La création d'une source d'information importante dans l'élaboration de l'état des lieux. La base de données créée à cet effet a permis une exploitation intéressante et une meilleure lisibilité des projets-actions menés en 2005 et 2006.
- Le constat d'un financement de projets-actions extrêmement variés et abordant plusieurs domaines : thématiques, publics, méthodologies d'intervention, zones d'intervention, objectifs, etc. Une véritable place à l'innovation a été laissée aux porteurs de projets.
- Le processus de gestion de l'appel à projets Bien vieillir présente quelques points améliorables dans certaines de ses étapes, qui feront l'objet de mesures correctives.
- Une appropriation par les acteurs (Drass et porteurs), qui ont développé leurs organisations (méthodes et outils) et parfois mis en place, au sein de la région, des coordinations et des partenariats fédérateurs.
- La possibilité donnée à l'ensemble des Drass de communiquer et de s'exprimer sur un programme national dont elles ont la charge par la gestion de l'appel à projet.

Des faiblesses à prendre en compte

- Le grand nombre de plans, d'appels à projets, les démarches administratives constitutives au dépôt des projets, le

Figure 2. Répartition des actions selon le type de promoteur (2005-2006) (n=308)

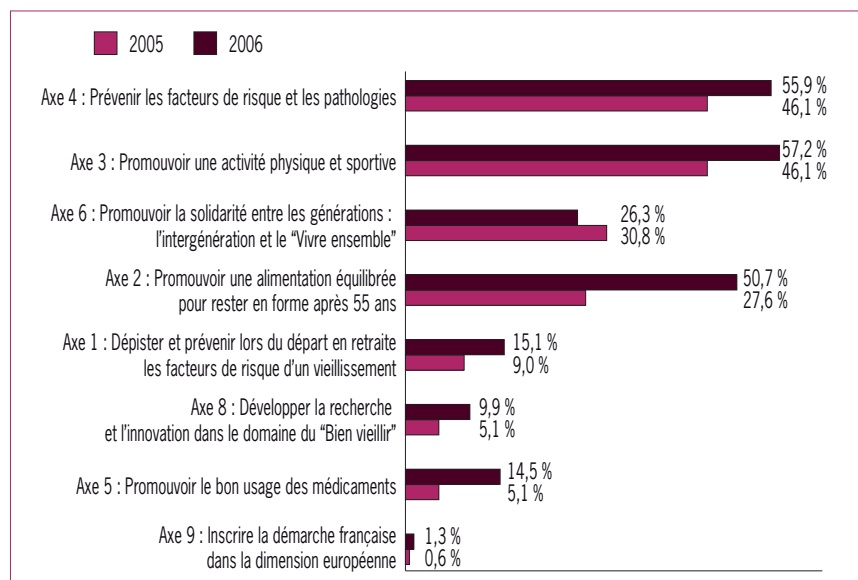


recoupement des thématiques sont autant d'ouvertures mais aussi de contraintes pour les porteurs de projets qui peuvent éprouver des difficultés à s'y orienter, les professionnels pouvant

avoir, quant à eux, des problèmes pour mener de multiples coordinations.

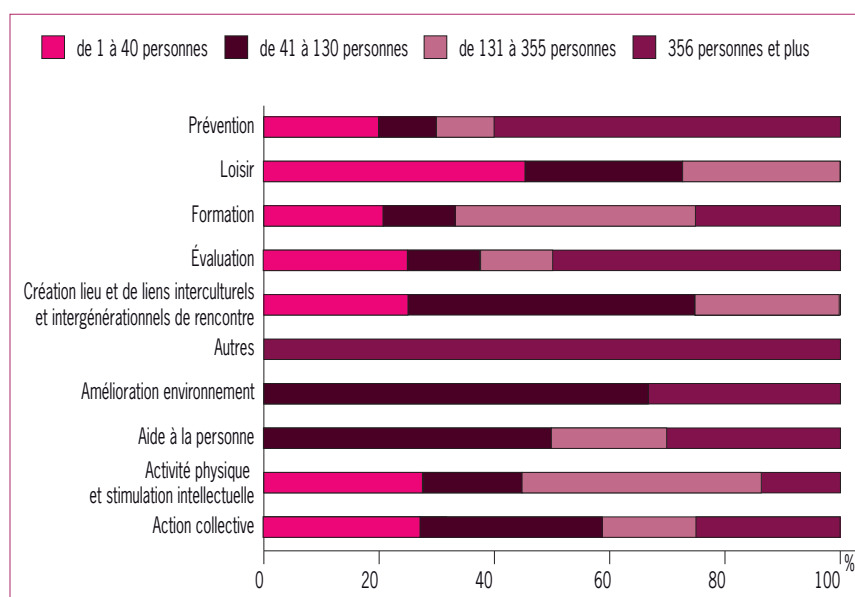
- Même si les collaborations existent ou se renforcent, les partenariats sont cependant encore trop souvent insuffi-

Figure 3. Répartition des actions subventionnées en 2005 et 2006 dans les dimensions du plan Bien Vieillir (n=308)



Axe 1 : dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risque d'un vieillissement ; Axe 2 : Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans ; Axe 3 : Promouvoir une activité physique et sportive ; Axe 4 : Prévenir les facteurs de risque et les pathologies ; Axe 5 : Promouvoir le bon usage des médicaments ; Axe 6 : Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le « vivre ensemble », creuset du « Bien Vieillir » ; Axe 7 : Développer le « Bien Vieillir », au niveau local ; Axe 8 : Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du « Bien Vieillir » ; Axe 9 : Inscrire la démarche française dans la dimension européenne.

Figure 4. Répartition du nombre de personnes cibles selon la nature de l'action



samment identifiés ou formalisés. De même, les passerelles entre les appels à projets, les institutions et les divers acteurs semblent parfois inexistantes.

- Les auto-évaluations des projets-actions, encore souvent insuffisamment réalisées, ne sont souvent que partiellement renseignées. Le caractère hétérogène des auto-évaluations dénote le manque fréquent de ressources méthodologiques et techniques des porteurs de projet pour réaliser de façon satisfaisante cette phase importante de leur projet, son évaluation. Une disparité importante entre les porteurs de projets a été notée.

Perspectives et orientations

L'état des lieux de l'appel à projets Bien vieillir a déjà conduit à la formalisation de trois recommandations principales : améliorer la définition des rôles, développer des méthodes et outils de facilitation, surmonter les difficultés liées à la mesure de résultats et d'impact. Le développement de l'appel à projets doit viser à s'articuler avec les autres structures et démarches existantes, dans une volonté d'intégration et de simplification. En parallèle, les particularités de l'appel à projet Bien Vieillir nécessitent d'être reconduites et renforcées.

Les perspectives immédiates sont de développer et d'élargir l'expérimentation des outils auprès de tous les acteurs afin d'optimiser le développement des projets. La mission d'évaluation s'achèvera par une synthèse de l'ensemble des informations recueillies après ce

test, permettant la formulation des orientations et recommandations. Les pistes d'amélioration repérées lors de l'évaluation feront l'objet de recommandations pour l'action dans le rapport final.

La poursuite d'un travail de fond par une réflexion croisée des acteurs, tant institutionnels qu'associatifs ou particuliers doit être encouragée et consolidée. L'information et la communication concernant le plan sont à développer. Enfin, le ciblage des populations fragiles et/ou isolées pourrait faire l'objet d'un renforcement, notamment dans le contexte économique actuel et à venir.

À l'heure où le vieillissement de la population est, et demeurera, un enjeu de santé publique majeur dans notre société, où toutes les actions de santé publique exigent un haut niveau d'efficacité dans un contexte de ressources rares, l'optimisation des stratégies d'intégration de la politique du bien-vieillir doit rester un objectif prioritaire. Dans cette perspective, l'analyse d'ensemble d'un des volets du plan vise à appréhender l'impact et le potentiel de la thématique du bien-vieillir auprès des acteurs de terrain. Elle s'inscrit naturellement dans le contexte des évolutions et des mutations attendues avec la réforme en cours.

Anne Kieffer

Médecin gériatre,

Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA), Paris

Véronique Bernard

consultante

Philippe Duprat

médecin de santé publique, consultant

Metis Partners, Paris

► Pour en savoir plus

- Aquino J.-P. *Le plan national « Bien vieillir ». Retraite et société* (La Documentation française) 2007 ; n° 52 : 152-7.
- Backman K.F., Halberg K. *Evaluation of Intergenerational Programs Activities, Adaptation & Aging: the journal of activities management*. Journal of Activities Management 1998; 23(1): 27-33.
- Barondess J.A. *Toward healthy aging: the preservation of health*. J. Am. Geriatr. Soc. 2008 ; 56(1): 145-8.
- Baudier F., Demougeot E. *Travailler sur la santé globale pour lutter contre la perte d'autonomie*. La Santé de l'homme 2006 ; n°381 : 25-7.
- Becker C., Durham T.W., Glascoff M.A., Adams T.B. *Development and preliminary evaluation of a positive health scale*. Am. J. Health Educ. 2008; 39(1): 34-41.

- Bréchat P.-H., Vogel T., Bérard A., Lonsdorfer J., Kaltenbach G., Berthel M. *Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ?* Santé Publique 2008 ; 20 : 475-87.
- Epstein A.S., Boisvert C. *Let's do something together: Identifying the effective components of Intergenerational programs*. Journal of Intergenerational Relationships 2006; 4(3): 87-109.
- Jabot F. *Enjeux et pratiques de l'évaluation*. [dossier : Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation] La Santé de l'homme 2007 ; n° 390 : 14-6.
- McKenzie R., Naccarella L., Thompson C. *Well for Life: Evaluation and policy implications of a health promotion initiative for frail older people in aged care settings*. Australasian Journal on Ageing 2007; 26(3): 135-40.

Les Ateliers du bien vieillir

Les « Ateliers du bien vieillir » est un programme d'éducation à la santé initié il y a cinq ans par la Mutualité sociale agricole (MSA). C'est une action inscrite dans le plan national Bien vieillir. Elle s'adresse à des seniors de plus de 55 ans, vivant en zone rurale, quel que soit leur régime de protection sociale. L'ensemble de ce programme vise à acquérir des comportements favorisant un vieillissement réussi et, à l'inverse, réduire les facteurs de risque d'un vieillissement difficile. Il a été conçu à partir des données des études épidémiologiques les plus fiables publiées dans la littérature internationale, qui montrent que si 30 % de notre vieillissement personnel dépendent de notre hérédité, les 70 % restants sont étroitement liés à nos habitudes de vie (1).

Ces ateliers se déroulent généralement sur une période de six semaines à raison d'une demi-journée par semaine. Les participants, au nombre de dix à quinze dans chaque groupe, s'engagent au départ à suivre l'ensemble du cycle. Six thèmes complémentaires sont abordés successivement : « Bien dans sa tête, bien dans son corps », « Pas de retraite pour la fourchette », « Faites de vieux os », « Dormir quand on a plus 20 ans », « Les 5 sens en éveil. Gardez l'équilibre », « Le médicament, un produit pas comme les autres ». Durant chaque session, alternent des séquences de quiz, de questions/réponses avec la salle, de contenu scientifique présenté sous forme simple et didactique, de tests, de travail de groupe, de jeux de rôle. L'animation est assurée majoritairement par des professionnels de santé en activité (médecins, infirmières, assistantes sociales, conseillères en éducation sociale et familiale), mais aussi par des bénévoles qui souvent étaient impliqués dans l'éducation à la santé, l'enseignement ou des activités associatives. Les cinq cents animateurs déjà opérationnels ont suivi au préalable une formation spécifique de cinq jours en résidentiel, par groupes de dix à dix-huit personnes, sur le contenu et la pédagogie des Ateliers du bien vieillir. En 2008, près de six mille seniors ont pu participer à ces ateliers sur l'ensemble du territoire national. En 2009, ils seront vraisemblablement proches de dix mille.

Une première évaluation des changements de comportements à trois mois induits par ce programme d'éducation à la santé a été menée auprès 351 personnes issues de dix-neuf départements. Les résultats, montrant qu'effectivement les participants acquièrent des habitudes

de vie susceptibles de favoriser un vieillissement réussi, ont été publiés dans *La Revue de gériatrie* (2). Fort de cette première enquête, une seconde évaluation de plus grande envergure s'intéressant aussi à la consommation de soins et portant sur 1 058 personnes recrutées dans onze régions de France a été menée entre 2007 et 2009. Elle a fait l'objet d'une convention de recherche entre la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), le groupe Agricola et le laboratoire Santé et vieillissement de l'université de Versailles-Saint-Quentin.

La description socio-démographique de cette cohorte de participants aux Ateliers du Bien Vieillir montrait une forte représentation féminine (83 %) par rapport aux hommes (17 %). Ces seniors habitaient pour les quatre cinquièmes en zone rurale ou péri-urbaine et presque tous vivaient dans une maison individuelle. Les ressortissants de la MSA représentaient 38 % des participants, ceux du Régime général 46 %, le Régime des indépendants (RSI) 4,4 % et les autres régimes 12 %. Si la fourchette des âges était large, de 55 à 90 ans, la moyenne se situait autour de 72 ans. Dans ces générations, et particulièrement pour les femmes, le niveau d'études était rarement supérieur au primaire, avec moins d'une personne sur quatre ayant mené des études secondaires ou supérieures. Il s'agissait toutefois d'une population avertie en termes de santé si l'on en juge par leur taux de participation aux campagnes de prévention comme la détection du cancer du sein chez les femmes par mammographie (95 %) ou du cancer de la prostate chez les hommes par dosage de PSA (88 %).

Une série de questionnaires portant sur leurs comportements de santé et leurs habitudes de vie a été remplie à l'inclusion et au début de chacun des six ateliers thématiques. Les mêmes questionnaires ont été proposés trois mois après la fin du cycle complet de formation pour évaluer les changements de comportements rapides, puis à un an pour voir si les gains obtenus persistaient ou si certaines habitudes de vie mettaient plus de temps à se modifier que d'autres. Dès trois mois, on voit que certains paramètres comme la consommation d'eau ou de fruits et légumes, la marche quotidienne ou encore la qualité du sommeil sont bien améliorés selon les critères consensuels de vieillissement réussi.

Par ailleurs, un des objectifs des Ateliers du bien vieillir était aussi de favoriser le lien social sur

les territoires. De ce point de vue, les résultats ont été largement positifs, bien que plus difficilement mesurables. Des liens d'amitié se sont tissés au cours de ces six séances consécutives, liens qui se sont prolongés par des activités communes dans les mois suivants. Une forte demande pour une suite à ces démarches de prévention a émergé, qui s'est traduite par une augmentation très significative de la participation à des ateliers mémoire comme Pac Eureka ou des ateliers Équilibre proposés localement. Cette dynamique illustre bien l'intérêt des actions de prévention structurées sur les territoires pour cette population de seniors et leur souhait de prendre en charge leur santé sur la durée.

**Bruno Corman¹, Joëlle Devos²,
Hervé Treppoz², Vincent Van Bockstael²**

1. Successful Aging, Boulogne-Billancourt.

2. CCMSA, Bagnolet.

► Références bibliographiques

(1) Khaw K.-T., Wareham N., Bingham N., Welch A., Luben R., Day N. *Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the Epic-Norfolk Prospective Population Study*. PLOS Med. 2008; 5: 39-46.

(2) Corman B., Vanbockstael V., Gosselin S., Devos J., Aegerter P., Teillet L. *Éducation à la santé et vieillissement réussi*. La Revue de gériatrie 2007 ; 32 : 697-704.

Les limites des actions de prévention destinées aux aînés

Si l'on veut promouvoir la santé des plus de 60 ans plutôt que de se focaliser sur la prévention, il faut avant tout s'attacher à favoriser leur bien-être et leur qualité de vie. Les politiques de prévention s'adressant aux personnes ne sont pas forcément adaptées. Examen critique.

Les actions de prévention destinées à assurer le bien-être physique et psychique à un âge avancé se multiplient dans la population des personnes âgées. Elles focalisent essentiellement l'attention sur les pertes fonctionnelles qui peuvent accompagner la sénescence et qu'il faut prévenir. Ces mesures préventives ont certes des avantages mais aussi des limites et des inconvénients. Il importe davantage de développer les ressources et les capacités de changement des personnes âgées, dans une approche de promotion de la santé.

L'accroissement de l'espérance de vie au cours de la décennie des années 1980 s'est accompagné d'une augmentation du temps vécu sans incapacité pour les hommes comme pour les femmes. Permettre à la majorité d'entre nous de vivre longtemps et en bonne santé est donc devenu un objectif majeur de santé publique dans notre pays.

Inégalités flagrantes de santé

Mais ces progrès ne doivent pas masquer d'importantes disparités : ainsi, par exemple, les cadres vivent dix années de plus, indemnes d'incapacités, que les ouvriers (1). Ces inégalités sont retrouvées à tous les niveaux (groupes socio-économiques, genre, zones géographiques). Elles persistent malgré la multiplication des mesures préventives. Elles ont, d'une façon générale, tendance à s'accroître (2). Des comportements de prévention différents selon les groupes populationnels et les générations, un accès aux dispositifs de prévention plus ou moins aisé selon le statut social, mais aussi des différences dans la façon de hiérarchiser les priorités de vie expliquent probablement les résultats paradoxaux de la prévention. M. Marmot, épidémiologiste anglais, a mis en évidence dans ses études « Whitehall », qui concernent des fonctionnaires londoniens, l'effet du gradient social sur la santé et la longévité. Mais plutôt que sur les revenus ou le mode de vie, ce chercheur insiste sur l'expérience psychologique de l'inégalité, le fait que l'on puisse plus ou moins contrôler sa propre vie (3).

Alors quel rôle joue la prévention dans ces disparités, ne participe-t-elle pas au maintien voire à l'accroissement des inégalités sociales de santé ? Par ailleurs, les stratégies préventives, lorsqu'on les applique aux groupes des personnes âgées, ne sont pas sans soulever aussi des interrogations d'ordre scientifique. Ces stratégies sont les suivantes : tenter de ralentir le ou les processus de vieillissement biologique ; modifier les modes de vie ; diagnostiquer et traiter les facteurs de risque (prévention secondaire) ; enfin, atténuer les conséquences, dans la vie quotidienne, des déficiences, maladies et incapacités. Elles sont trop souvent ignorées par les médecins. La personne âgée devrait être envisagée en relation avec son environnement physique et social. Elle n'est pas dépendante mais en situation de dépendance. Dans cette conception, la dépendance n'est pas une caractéristique de la personne mais plutôt une conséquence d'une inadéquation de l'environnement de vie et/ou social avec les capacités de la personne. Des aides techniques plus ou moins sophistiquées, des modifications environnementales peuvent faciliter les gestes de la vie quotidienne et faire disparaître la dépendance.

Travailler sur les ressources et potentialités

En fait, il y a deux façons d'envisager la santé au cours de l'avance en âge : soit en focalisant l'attention sur les déclin et pertes fonctionnelles qui peuvent accompagner la sénescence et qu'il faut prévenir, soit en mettant l'accent sur les ressources et les potentialités, toujours présentes chez une personne, et qu'il faut promouvoir pour maintenir une autonomie et une qualité de vie satisfaisante. Bien évidemment, ces deux approches sont complémentaires. Le danger est d'en privilégier l'une aux dépens de l'autre, de privilégier la perspective individuelle au détriment de la perspective collective. Ainsi, une activité de travail respectant le fonctionnement humain, un logement adapté à ses capacités, des revenus suffisants, l'accès à des services publics de proximité et une intégration sociale dans son milieu de vie sont aussi, sinon plus que les mesures préventives médicales et individuelles, des conditions essentielles d'un vieillissement en bonne santé.

Depuis peu en France, une nouvelle approche se développe, celle de la promotion de la santé. La santé n'est plus conçue comme un capital à

préserver, à restaurer, mais comme des potentialités, des ressources en perpétuelle construction. Promouvoir la santé des personnes âgées consiste à accroître le bien-être personnel en développant les facteurs de robustesse (physiques et psychologiques) et les conditions sociales favorables à la santé. Il s'agit de donner aux personnes âgées les moyens d'exercer un meilleur contrôle de leur santé en s'appuyant sur leurs ressources. C'est tout l'enjeu de la promotion de la santé, activité particulièrement développée au Canada. En France, malheureusement, le terme est souvent détourné de son sens premier et signifie le plus fréquemment accroître ses capacités physiques (pratiquer des activités physiques et manger mieux). La promotion de la santé des personnes âgées reste donc un vaste programme.

Bernard Cassou

Professeur de santé publique,
Centre de gérontologie Sainte-Perine,
AP-HP, Paris, Laboratoire santé-vieillessement,
université de Versailles.

Pour en savoir plus

Cassou B. *Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées*. Gérontologie et société 2008 ; n° 125 : 11-22.

► Références bibliographiques

- (1) Cambois E., Laborde C., Robine J.M. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Populations et sociétés* 2008 ; n° 441.
- (2) Chauvin P., Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé en France. In : Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D. *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, coll. Traités, 2007 : 331-41.
- (3) Marmot M. *The status syndrome : how social standing affects health and longevity*. London: Bloomsbury publishing Plc, 2004.

Vivre en ville à tous les âges

La ville de Lille participe au programme de l'OMS Villes amies des aînés. Dans ce cadre, Marie Cauli, anthropologue, a réalisé une enquête auprès des aînés afin de recueillir leurs critiques et leurs propositions d'amélioration pour que la ville leur soit plus accessible et adaptée : transports, participation sociale, urbanisme, etc.

Devant le progrès de l'espérance de vie, la question du vieillissement de la population est devenue un enjeu majeur social, culturel et économique que devront relever tous les pays du monde ces prochaines années. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) signale qu'il va de pair avec une urbanisation croissante : en 2007, plus de la moitié de la population mondiale est citadine. De ce fait, le développement des villes passe par la mise en place d'infrastructures et de services à l'appui de ceux qui y habitent ; il est nécessaire et logique, compte tenu de ces constats démographiques, de chercher à mettre en place les conditions favorables à la santé, à la qualité de vie et de prévoir les besoins présents et futurs dans de nombreux domaines (logement et aménagement urbain, participation sociale, prévention, santé, etc.) pour répondre et accompagner les besoins des personnes vieillissantes. L'un des programmes d'action de l'OMS, le projet Villes amies des aînés, prend en compte cet enjeu et vise à promouvoir la place des seniors dans la cité. En 2008, la ville de Lille a rejoint cette initiative aux côtés de trente-trois autres villes du monde telles que Moscou (Russie), Nairobi (Kenya), Istanbul (Turquie), Udine (Italie), etc.

En quête de paroles

La spécificité de ce projet est de s'appuyer sur une enquête qualitative visant à recueillir en priorité les constats et les suggestions des personnes âgées et à les compléter par les données fournies par les accompagnants, les différents fournisseurs de services, les acteurs institutionnels et politiques. Le cadre d'enquête repose sur un protocole précis présentant les questions et les préoccupations formulées dans huit domaines de la vie quotidienne : espaces extérieurs et bâtiments, transports, logement, participation sociale, participation citoyenne et emploi, communication et information, soutien communautaire et services. Dans le cadre de protocole d'enquête de l'OMS, des groupes de personnes sont invités à se prononcer sur ces huit domaines listés ci-dessus, l'objectif

étant de dresser un tableau des mesures souhaitables.

À quels problèmes se heurtent les personnes âgées ? Que manque-t-il à leur ville ou à leur quartier pour améliorer leur participation, leur mobilité, leur santé ? Des personnes à la retraite ou/et des personnes âgées de 60 ans et plus, appartenant à toutes les catégories de la population, ont réfléchi ensemble. Dans le quartier de Moulins comme dans le Vieux Lille, ces groupes volontaires et actifs ont passé en revue tous les secteurs de la vie quotidienne à partir de leurs expériences : faire ses courses, une promenade, entrer dans un magasin, un bureau, utiliser les moyens de transport, conduire un véhicule, apprécier l'accessibilité des lieux, le contact avec les autres classes d'âge, les activités culturelles, leur prix, le type de service offert aux personnes âgées, les services qui manquent, etc.

Pépinière d'idées

Durant plus de six mois, les enquêtes se sont systématisées dans tous les quartiers de la ville et ont permis d'aborder l'ensemble des questions inhérentes au vieillissement de la population : la mobilité, la gestion du patrimoine, l'agencement du logement ou des espaces extérieurs, la question de la dépendance, des pathologies, de l'isolement. Les échanges ont donné lieu à de nombreuses remarques, fournissant un recueil de données riches d'enseignements sur les questions, les dimensions à prendre en considération et un premier éventail de suggestions. Les obstacles ou les lacunes ainsi que les améliorations suggérées par les participants ont été consignés et réorganisés par thèmes. Et, si les résultats de cette consultation n'ont pas la prétention de représenter

un avis exhaustif ni de constituer un programme politique, ils fournissent un très large éventail de points de vue et des préconisations très concrètes qui répondent en écho aux mesures prises par les institutions chargées des personnes âgées. Par exemple, l'impression de solitude ou le sentiment d'abandon perçu ou vécu renvoie parallèlement aux types de mesures prises favorisant le repérage des personnes âgées vulnérables. Le retour de l'hôpital renvoie à la gestion des difficultés qui surviennent et à leur anticipation. L'incivilité ressentie par les personnes âgées renvoie à leur degré d'insertion dans le tissu social, etc.

Les résultats de cette enquête font aussi apparaître des thématiques négligées, ou encore peu visibles, des nouvelles situations sociales, économiques ou culturelles, des urgences, etc. C'est ainsi qu'ils ont rendu visibles des catégories de populations vieillissantes telles les populations immigrées vivant dans les foyers Areli, qui partagent une double culture, celle de leur pays d'origine et celle de leur pays d'accueil ; ils ont aussi pointé des phénomènes sociaux nouveaux et inquiétants : précarité grandissante d'un plus grand nombre de personnes âgées. Enfin, ces résultats ont permis de mettre en lumière de nouvelles situations très préoccupantes pour les personnes vieillissantes ayant à charge unique des enfants handicapés moteurs ou mentaux non autonomes et vieillissants eux-mêmes.

De l'analyse aux pistes d'action

En prenant le parti d'approcher qualitativement les besoins complexes d'une population hétérogène, cette enquête permet de repérer les dysfonctionnements ou les cloisonnements institutionnels, de formuler des propositions,

en quelque sorte de passer d'une logique de service à une logique de « service rendu » car prenant en compte les attentes réelles des personnes. C'est aussi la rigueur du protocole utilisé pour cette enquête qui permet de revisiter les remarques, les commentaires, les motifs de satisfaction ou d'insatisfaction recueillis. Ce sont les allers-retours entre théorie et terrain qui permettent d'apporter un retour fructueux et de faire émerger des orientations, des systèmes à mettre en place, des propositions d'améliorations. Mais aussi de mesurer l'impact des mesures prises ou d'anticiper celles qui sont nécessaires.

Pass senior : un exemple concret de mise en œuvre

Le Pass senior est un exemple de la prise en compte des données de cette enquête pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Ce dispositif (une simple carte) a été créé à Lille pour favoriser l'accès à une offre de loisirs culturels, sportifs et d'activités sociales ; il offre des avantages et des tarifs préférentiels (commerces, accès aux services, spectacles, etc.). Réexaminées dans le cadre de l'enquête, les offres s'avéraient sélectives et semblaient s'adresser principalement à une tranche de population encore active et mobile fréquentant facilement les équipements publics. Il semblait donc logique de prendre en compte la complexité des « seniors » et d'élargir les offres à des catégories laissées dans l'ombre ou se sentant délaissées. Mais, au-delà des constats immédiats, l'analyse – dont nous faisons l'économie dans ce court article – a surtout permis de lever le voile sur d'autres réalités : compte tenu de l'hétérogénéité de la population et de l'allongement de la durée de vie, il importait de bien identifier et prendre en compte les caps, les passages biologiques, physiques, sociaux, économiques. Et de bien repérer les besoins spécifiques qui apparaissent : port de lunettes, remise à niveau des réflexes pour continuer de conduire, gestion du patrimoine, conseils notariaux, prévention des risques, diététique, etc. En d'autres termes, les besoins potentiels ou incompressibles des personnes vieillissantes devaient être différenciés, globaux et évolutifs. Aujourd'hui, les offres du Pass senior, en liaison avec des commerces et services de toutes sortes, s'élargissent au-delà du social et du culturel : ils s'infléchissent pour anticiper plus largement sur les besoins progressifs qui se posent à différentes étapes de la nouvelle longue vie des seniors. Ce Pass senior fera l'objet d'un retour d'expérience pour lequel la parole ainsi que des études complémentaires seront à nouveau sollicitées.

Marie Cauli

Anthropologue, professeur des universités, faculté de médecine, Lille-2.

Le Projet européen Vieillir en bonne santé

Dix pays sont réunis dans le projet européen Vieillir en bonne santé, mené avec l'Organisation mondiale de la santé. L'objectif est de faire circuler les bonnes pratiques et de formuler des recommandations d'action.

Le projet Vieillir en bonne santé (*Healthy Ageing*, 2004-2007) implique dix pays européens, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Plateforme européenne pour les personnes âgées (Age) et EuroHealthNet. Le but du projet est l'échange des connaissances et des expériences entre les décideurs politiques, les professionnels de terrain et les organisations non gouvernementales, qui travaillent auprès des personnes âgées dans les pays membres de l'Union européenne et les pays membres de l'EEE et de l'AELE.

Le projet Vieillir en bonne santé concerne des personnes âgées de 50 ans et plus. Les objectifs principaux sont essentiellement : d'examiner et d'analyser les données existantes sur la santé et le vieillissement ; de formuler des recommandations pour les décisions politiques au niveau de l'Union européenne et des États membres ; d'en faire connaître les résultats et de faciliter leur mise en œuvre.

Qu'est-ce que vieillir en bonne santé ?

L'idée de départ du vieillissement en bonne santé est d'assurer un équilibre entre la capacité d'une personne et ses objectifs. Le projet définit la notion de vieillissement en bonne santé comme : « *Le processus qui vise à optimiser les chances d'une bonne santé physique, sociale et mentale et de permettre à des personnes âgées de prendre une part active dans la société, sans être victimes de discrimination et de jouir d'une vie indépendante et de bonne qualité.* »

Le cadre du projet Vieillir en bonne santé

Le projet adopte une approche holistique et donne la priorité aux facteurs de santé qui sont déterminés par les sociétés et par les individus. Il développe certains thèmes transversaux : inégalités, déterminants, genre, minorités. Les *inégalités de santé* se concrétisent princi-

palement par la différence d'espérance de vie entre les groupes ayant un niveau socio-économique faible et ceux ayant un niveau élevé ; elles commencent tôt dans la vie et persistent durant la vieillesse. En ce qui concerne les *déterminants de santé socio-économiques*, la pauvreté est un déterminant très significatif, avec des effets négatifs sur la santé, l'espérance de vie et l'autonomie. Les stratégies de vieillissement en bonne santé devraient prendre en compte les besoins des personnes âgées les plus défavorisées plutôt que celles des personnes les plus aisées. Les personnes défavorisées semblent cependant plus difficiles à atteindre et nécessitent des mesures spécifiques de promotion de santé. Par ailleurs, le genre doit être pris en compte quand des initiatives de promotion de santé sont planifiées et mises en œuvre ; ainsi, les femmes vivent plus longtemps, présentent davantage de problèmes psychologiques et sont plus consommatrices de consultations médicales et de traitements que les hommes. Les motivations pour s'impliquer dans des actions de promotion de santé sont différentes pour les hommes et les femmes. Pour ce qui est des *minorités*, le rapport entre l'appartenance à un groupe minoritaire et le vieillissement en bonne santé nécessite d'être approfondi.

Thèmes prioritaires pour l'action

Le projet a retenu les dix thèmes suivants (*voir ci-dessous*), en indiquant des priorités pour l'action, comme étant les plus importants pour la promotion du vieillissement en bonne santé. La plupart d'entre eux sont vastes et ont une interaction les uns avec les autres et avec les thèmes transversaux définis ci-dessus. Par exemple, une diminution de la mortalité et des améliorations du fonctionnement des individus pourraient être obtenues, si les personnes âgées adoptaient un mode de vie plus sain en ce qui concerne leurs habitudes alimentaires, l'activité physique et l'usage du tabac et de l'alcool.

La retraite et la préretraite

Les stratégies suivantes permettent de favoriser un vieillissement en bonne santé : – augmenter la participation des travailleurs âgés et améliorer la qualité de leur vie professionnelle en utilisant de nouveaux concepts de management ;

- maintenir un équilibre entre les ressources personnelles et les exigences du travail et ne pas tolérer de discrimination par l'âge ;
- prévenir les maladies sur le lieu de travail ;
- promouvoir les modes de vie sains et favoriser une bonne transition entre le travail et la retraite.

Le capital social

Parmi les stratégies, on peut ainsi :

- encourager la participation des personnes âgées dans la société ;
- augmenter les interventions collectives, éducatives et sociales visant les personnes âgées pour prévenir la solitude et l'isolement ;
- fournir des opportunités de travail volontaire pour des volontaires âgés.

La santé mentale

- S'intéresser aux facteurs plus larges – tels que les relations sociales, la pauvreté et la discrimination – qui ont un impact sur la santé mentale et le bien-être durant la vieillesse ;
- faire prendre conscience des problèmes de santé mentale qui concernent les personnes âgées, telles la dépression et la démence ;
- augmenter le nombre d'interventions psychothérapeutiques et psychosociales.

L'environnement

Le vieillissement en bonne santé est favorisé si on améliore l'accès, pour les personnes âgées, à des environnements intérieurs et extérieurs sans danger et stimulants (*voir aussi dans ce dossier l'article de Marie Cauli*). L'accès à la technologie devrait être pris en considération, ainsi que l'impact des changements climatiques, de la chaleur ou du froid excessifs.

La nutrition

Il est recommandé de promouvoir une alimentation et des habitudes nutritionnelles saines chez les personnes âgées, en mettant l'accent sur une consommation limitée de graisses saturées et sur une consommation importante d'aliments riches en fibres, légumes verts et fruits.

L'activité physique

L'augmentation du niveau d'activité physique chez les personnes âgées, afin d'atteindre les recommandations internationales minimales de trente minutes ou plus d'activité physique modérément intense, le plus de fois possibles par semaine, et de préférence tous les jours, favorise le vieillissement en bonne santé.

La prévention des accidents et des traumatismes

La promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes sont recommandées, ce qui inclut des programmes contre la violence et le suicide, à tous les niveaux d'action appropriés.

L'approche individuelle devrait porter sur les aspects physiques et nutritionnels, une attention doit être portée sur la prescription de médicaments psychotropes et la sécurité domestique.

La consommation et l'abus de substances addictives

L'arrêt du tabac et la réduction de la consommation d'alcool sont des stratégies de vieillissement en bonne santé qu'il conviendrait de développer.

L'utilisation de médicaments et les problèmes associés

Les problèmes liés à l'utilisation d'un médicament pourraient être évités par l'utilisation systématique d'indicateurs de bon usage du médicament et par une meilleure coordination entre les différents prescripteurs. L'inclusion de personnes âgées et très âgées dans les essais cliniques y contribueront également.

L'utilisation des services de santé préventifs

Il semble favorable de :

- rendre accessibles aux personnes âgées les services de santé préventifs, tels que des vaccinations, en prêtant une attention particulière aux personnes âgées fragiles ;
- envisager des visites préventives à domicile sous certaines conditions ;
- tenir compte du degré d'alphabétisation en matière de santé quand on travaille avec des personnes âgées.

Les recommandations

La tendance croissante au vieillissement de la population, projetée jusqu'en 2050, constitue un défi important et offre des opportunités pour le développement économique et social de l'Europe. La promotion de la santé pour la population vieillissante est une tâche urgente et essentielle pour s'attaquer à ce problème et de nombreux pays ont déjà commencé à travailler dans ce domaine. La responsabilité de la législation et de la gouvernance de la santé et du vieillissement dans l'Union européenne appartient principalement aux États membres. Dans les domaines de la promotion de la santé et de la santé publique, un mandat étendu de l'Union européenne, basé sur le traité d'Amsterdam, appuie les politiques en stimulant les actions innovatrices et les échanges d'expériences et de bonnes pratiques.

Le projet Vieillir en bonne santé formule ses recommandations aux institutions et aux États membres de l'Union européenne, dans le cadre des politiques de l'Union européenne, de l'ONU et de l'OMS, liées au vieillissement en bonne santé.

Dans le domaine politique

Le projet Vieillir en bonne santé propose que la Commission européenne et les États membres :

- développent des politiques à long terme, des programmes de santé et les dispositifs financiers nécessaires, particuliers et/ou intégrés dans d'autres politiques, programmes et dispositifs,

VIP en Italie, flâneurs en Écosse : des aînés valorisés à travers l'Europe

Le programme européen *Healthy Ageing* a identifié à travers l'Europe des actions promouvant, de façon parfois originale, la santé des seniors.

Parmi les multiples actions recensées :

- en Italie, le projet *Les personnes âgées sont les personnes les plus importantes de la région* considère les aînés, non pas comme bénéficiaires de prestations et de services, mais comme contributeurs de la société pour leur expérience et leurs qualifications, compétences, capacités pratiques et théoriques ; cette action les met en valeur en les positionnant comme ressources pour la communauté ;
- au Royaume-Uni, le programme *Les flâneurs de Hambleton marchent pour la santé* rassemble pour des marches les plus de 50 ans présentant un risque cardio-vasculaire ; deux tiers des participants ont estimé être en meilleure santé après avoir participé à cette initiative ;
- en Écosse, le projet *Braveheart* a permis d'obtenir des changements dans le comportement des participants, qui ont accru leur activité physique et amélioré leurs habitudes diététiques. Ce projet a contribué à améliorer la compréhension des diagnostics et des traitements médicamenteux ;
- en Suède, *Nordmaling study* est un projet de promotion de la santé qui inclut quatre visites préventives à domicile sur deux ans et diverses initiatives ; une enquête randomisée et contrôlée a permis d'établir que le groupe bénéficiaire de cette initiative avait un recours plus faible aux soins de santé et une mortalité réduite. L'analyse des coûts a montré des économies dans les soins à domicile, les soins d'hospitalisation et les visites d'urgence chez les médecins généralistes.

pour la promotion de la santé et la prévention des maladies chez les personnes âgées, aux niveaux européens, nationaux, régionaux et locaux ;
– intègrent l'importance de la santé et de la promotion de la santé pour les personnes âgées dans toutes les politiques de tous les domaines, que ce soit l'économie, le logement, le transport ou l'environnement ;
– développent des indicateurs pour le vieillissement en bonne santé et incorporent ceux-ci dans les systèmes statistiques pertinents, aux niveaux européens et nationaux.

Le projet propose aussi que les États membres :
– développent des plans d'action pour mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, avec la participation des personnes âgées, à tous les niveaux et particulièrement aux niveaux locaux ;
– renforcent la promotion de la santé dans la formation de base et la formation continue en gérontologie et gériatrie, pour tous les groupes professionnels concernés.

Dans le secteur de la recherche

Le projet Vieillir en bonne santé propose que la Commission européenne et les États membres :

– développent la recherche pour évaluer l'efficacité et la rentabilité des interventions de pro-

motion de la santé et les interventions de prévention de la maladie ou de la mauvaise santé, tout au long de la vie et particulièrement dans la dernière partie de la vie ;

– renforcent la recherche pour trouver les moyens de motiver la participation et de changer les modes de vie des personnes âgées, particulièrement pour les groupes qui sont « difficiles à atteindre », en prêtant une attention particulière aux aspects environnementaux et culturels ;

– renforcent la recherche pour développer des indicateurs du vieillissement en bonne santé et pour inclure des données sur les personnes très âgées dans la recherche et les systèmes de surveillance ;

– fassent connaître les résultats des recherches et promouvoir leurs applications pratiques parmi tous les intéressés.

Pour la mise en pratique

Le projet Vieillir en bonne santé propose que la Commission européenne et les États membres stimulent l'échange de connaissances et d'expériences d'interventions. Il propose que les autorités locales, les professionnels, les décideurs et les ONG :

– conçoivent, mettent en pratique et surveillent les projets et les programmes concernant les personnes âgées, en prêtant une attention particulière aux groupes « difficiles à contacter » ;

– encouragent une approche partenariale de promotion de la santé en impliquant les personnes âgées, des décideurs, des universitaires et des professionnels ;

– se rapportent aux données scientifiques et à la promotion de la santé fondée sur les preuves, lorsqu'ils conçoivent et mettent en œuvre des projets et des programmes ;

– informent le plus grand nombre possible de personnes sur la promotion de la santé et l'efficacité des interventions, en utilisant une grande variété de modes et de canaux d'information et de diffusion ;

– créent les conditions et les opportunités pour que les personnes âgées puissent avoir une activité physique régulière, des habitudes alimentaires saines, des relations sociales et des occupations intéressantes.

Nina Waaler Loland

Professeur associé, Oslo University College et Norwegian School of Sport Science, Norvège.

Source

http://www.healthyeaging.nu/upload/Short%20version/french_shortHA_web070712.pdf

Bientraitance des aînés : un outil pour les professionnels

La « trousse de bientraitance » est un outil servant la démarche MobiQual (Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles). Elle s'inscrit, d'une part, dans le cadre du plan sur l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques 2007-2011, mis en place dans le cadre de la loi de santé publique du 9 août 2004, et, d'autre part, dans le cadre du plan Violence et santé (loi de santé publique de 2004). À l'initiative de la direction générale de la Santé et mis en œuvre par la Société française de gériatrie et gérontologie, sa conception a mobilisé une équipe pluridisciplinaire (gériatres, sociologue, psychologue clinicienne) ainsi que les professionnels d'aide et de soins d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

L'outil a pour l'objectif de faire converger les convictions intimes de chacun vers une vision commune de la bientraitance au sein d'un établissement donné, avec les moyens qui sont les siens. Dans le cadre du programme de santé publique, l'outil Bientraitance peut être utilisé

dans tout établissement, en particulier par les directeurs d'Ehpad et médecins coordonnateurs, et plus largement les soignants des institutions gériatriques et gérontologiques. L'outil a vocation à rester dans les établissements en tant que document de référence et de formation interne continue.

Cet outil se compose :

– d'une plaquette de présentation générale ;
– d'un DVD contenant un film : « *Vingt-quatre heures de la vie d'un Ehpad* », un deuxième film « *Paroles de terrain* », des séquences vidéo spécifiques sur une toilette et des soins du corps, un trouble du comportement ;

– des documents imprimables : principaux axes du plan Solidarité Grand Âge, rapport des études ethnologiques *L'Ehpad – Pour finir de vieillir...* ;

– d'un poster-éphéméride permettant d'inscrire des objectifs d'amélioration définis en équipe ;
– d'un poster-éphéméride mettant en valeur des recommandations – sur le lever, la toilette, l'habillement, le repas, la place des familles, les animations, l'attente, l'environnement sonore, la

liberté et la sécurité et laissant de la place pour inscrire les « petits bonheurs chaque jour » ;

– des outils d'évaluation, avec un tableau des objectifs ainsi qu'une « boîte à rêves » (permettant de recueillir les souhaits de chacun) ;
– d'un guide de l'animateur.

L'utilisation de cet outil représente pour tout établissement une occasion de s'engager dans – ou de renforcer – une démarche de bientraitance, avec l'organisation de rendez-vous réguliers et d'une évaluation, tant pour les professionnels que pour les établissements et, plus généralement, pour le suivi de la progression du programme de diffusion nationale dans lequel il s'inscrit.

Cet outil est disponible lors des réunions organisées en Régions et suivant les demandes individuelles (à adresser à mobiqual@sfgg.org).

Lucette Barthélémy

Chargée de mission en promotion de la santé, coordonnatrice du programme Vieillir en bonne santé, INPES.

Pratiques favorables à la santé et grand âge

Peu d'études scientifiques sont consacrées aux attentes et aux problèmes des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Plusieurs enquêtes montrent que ces personnes considèrent leur état de santé comme favorable. Les études pointent plusieurs « comportements de promotion de la santé » parmi lesquels l'activité physique, l'alimentation, le soutien social et la gestion du stress.

Un état des lieux des connaissances scientifiquement établies a été réalisé sur les besoins en matière de santé des personnes âgées en perte d'autonomie et de leur entourage ainsi que des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social. Cette revue de littérature devait aider à structurer une recherche qualitative menée par l'INPES et financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA) auprès des publics concernés. Une soixantaine d'articles présentant des études issues de la littérature internationale a été identifiée à partir des notions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé ou encore de prévention.

Les études portent le plus souvent sur les connaissances, attitudes, comportements à l'égard de la santé et mobilisent surtout des méthodes quantitatives. Des recherches s'attachent à mesurer l'état de santé des personnes à partir d'indicateurs objectivés (données biomédicales, survenue d'incapacités, etc.) ou de l'état de santé perçu, notamment à travers des échelles de qualité de vie. Peu d'articles cherchent à explorer de manière ouverte les attentes et problèmes

des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, interrogeant par la même occasion le sens qu'elles attribuent à la santé. Quand c'est le cas, l'absence de maladie est peu citée pour traduire le bien-être, qui procède surtout du « plaisir de vivre ».

Plusieurs études montrent que les personnes considèrent leur état de santé comme meilleur que celui de leurs contemporains, renforçant un sentiment de bien-être par « comparaison sociale descendante », malgré une santé objectivement en dégradation. C. Pullen et al. (1) en concluent que cette perception positive de leur santé explique le fait que les personnes âgées, en l'occurrence des femmes vivant en milieu rural, sont souvent au courant des pratiques favorables à la santé et prêtes à les mettre en œuvre. Ces « activités » ou « comportements de promotion de la santé », selon l'appellation des recherches en soins infirmiers américaines, recouvrent des indicateurs variables mais ont souvent pour dénominateur commun l'activité physique, l'alimentation, le soutien social et la gestion du stress.

Selon plusieurs études, ces pratiques varient cependant en fonction de facteurs directs ou indirects tels que la présence de maladies chroniques, l'état de santé mentale et physique ou l'état cognitif. C'est le cas dans les travaux de B. Resnick (2-4), qui a interrogé des personnes très âgées vivant dans l'équivalent de foyers-logements. Ces résultats autour des facteurs favorables se retrouvent en partie dans l'étude de L. Piano (5). L'hypothèse était qu'il existait un lien entre état de santé perçu, perception du soutien social et « comportement de promotion de la santé », ce qui s'est vérifié. Le genre féminin a également été identifié comme jouant un rôle positif.

B. Resnick indique, en revanche, que l'âge est un prédicteur de la dégradation de ces comportements avec l'émergence d'une lassitude, particulièrement chez les femmes vivant en milieu rural. L'état de santé ainsi que des pratiques en matière de dépistage (mammographie, frottis cervical, examens de la prostate, cutané), de vaccination ou encore les comportements en matière d'exercice physique, d'alimentation (à travers le contrôle du cholestérol dans le régime alimentaire), les consommations

de tabac et d'alcool ont été analysés. Il ressort que les personnes les plus âgées (de 81 à 102 ans) ont moins recours aux dépistages, font moins d'exercice physique et accordent moins d'importance au contrôle du cholestérol. L'auteur conclut en recommandant la modération des conseils chez les plus de 90 ans qui boivent, fument, ne font pas leurs tests de dépistage car la nouvelle longévité ainsi éventuellement acquise n'est pas forcément souhaitée.

Les études rassemblées signalent donc que même si les déterminants du bien-vieillir sont identifiables dans les antécédents socio-économiques et culturels, certaines stratégies peuvent moduler dans le temps la forme que prendra le vieillissement et sont notamment à considérer en fonction de l'âge des personnes.

Audrey Sitbon

Chargée d'expertise en promotion de la santé, INPES

Stéphane Tessier

Médecin de santé publique, Association Regards.

► Références bibliographiques

- (1) Pullen C., Walker S., Fiant K. *Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women*. Family & Community Health 2001; 24(2): 49-72.
- (2) Resnick B. *Health promotion practices of the old-old*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 1998; 10(4): 147-55.
- (3) Resnick B. *Health promotion practices of older adults: model testing*. Public Health Nursing 2003; 20(1): 2-12.
- (4) Resnick B. *Health promotion practices of older adults: testing an individualized approach*. Journal of Clinical Nursing 2003; 12(1): 46-55.
- (5) Piano L. *Perceived health status and health promotion behaviors of those eighty-five years and older: Relationship of social support*. Dissertation Abstracts International. Section B. The Sciences and Engineering 1997; 58(6-B): 29-60.

Pour en savoir plus

La bibliographie présentée propose trois entrées sur la problématique Promotion de la santé et avance en âge : « Personnes âgées, modes de vie et santé : données générales », « Représentations et lien social autour de la personne âgée » et « Stratégies et leviers d'action ». La partie « Sites Internet et organismes ressources » décline les sites apportant une meilleure connaissance de l'avance en âge, des organismes publics de statistiques ainsi que les plans et enquêtes indispensables pour mener à bien les politiques en santé publique liées à cette population. Enfin, une dernière partie propose des ressources multimedia sélectionnées avec la collaboration du service audiovisuel – Cinévidéothèque de la Fondation nationale de gérontologie. Les adresses des sites Internet ont été consultées le 07/05/2009.

► Bibliographie

Personnes âgées, modes de vie et santé : données générales

- Blanchet D., Debrand T., Dourgnon P., Laferriere A. *Santé, vieillissement et retraite en Europe*. Économie et statistique 2007 ; n° 403-404 : 3-18.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es403-404a.pdf
- Chauvin P., Parizot I. *Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins*. Paris : Inserm, 2004 : 325 p.
- Grand A., Clément S., Bocquet H. Personnes âgées. In : *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000 : 315-30.
- Jagger C., Gillies C., Moscone F, et al. *Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis*. The Lancet 2008; 372 (9656): 2124-31.
- Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Personnes âgées. In : *Inégaux face à la santé*. Paris : La Découverte, 2008 : 56-68.
- Keller C., Fleury J. *Health Promotion for the Elderly*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc. 2000: 181 p.
- Maurin L., Savidan P., Landais F., Observatoire des inégalités, et al. *Âges et générations*. In : *L'état des inégalités en France. Données et analyses 2009*. Paris : Belin, coll. Hors Collection, 2008 : 95-101.
- Moquet M.-J. *Inégalités sociales de santé : les déterminants multiples*. La Santé de l'homme 2008 ; n° 397 : 17-9.
En ligne : <http://www.cfes.sante.fr/SLH/articles/397/02.htm>
- Polton D., Sermet C. *Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ?* BEH 2006 ; n° 5-6 : 49-52.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEh/2006/05_06/beh_05_06_2006.pdf
- Sermet C. Démographie et état de santé des personnes âgées. In : Jeandel C., Bonnel M. (coord.). *Livre Blanc de la gériatrie française*. Paris : ESV production, 2004 : 25-32.

Représentations et lien social autour de la personne âgée

- *Personnes âgées : restaurer le lien social* [Dossier]. La Santé de l'homme 2003 ; n° 363 : 11-40.
- Bloch D., Heilbrunn B., Le Goues G., et al. *Les représentations du corps vieux*. Paris : Puf, 2008 : 146 p.
- Coudin G., Paicheler G. *Santé et vieillissement : approche psychosociale*. Paris : Armand Colin, 2002 : 171 p.
- De Mets J., Vassart C., Fondation Roi Baudouin. *Une société pour tous les âges. Le défi des relations intergénérationnelles*. Bruxelles : Fondation Roi-Baudouin, 2008 : 120 p.
En ligne : <http://www.kbs-frb.be>
- Lalive d'Épinay C., Cavalli S. *Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie*. Gérontologie et société 2007 ; n° 121 : 46-60.
- Masse R., Dumont D., Amyot J.J., et al. *Vieillesse et santé : idées reçues, idées nouvelles*. Actes du Forum franco-québécois sur la santé. Québec, septembre 2005. Santé, société et solidarité 2006 ; n° 1 : 164 p.

Stratégies et leviers d'action

- Aquino J.-P. *Le plan national « Bien vieillir »*. Gérontologie et Société 2008 ; n° 125 : 39-52.
- Baudier F., Demougéot E. *Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées. Travailler sur la santé globale pour lutter contre la perte d'autonomie*. La Santé de l'homme 2006 ; n° 38 : 25-27.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/381/02.htm>
- Bensaïdon A.C., Souetre-Rollin F., Richetto M., Collectif « Combattre la solitude des personnes âgées ». *Stratégies et pistes proposées pour combattre l'isolement et la solitude*. In : *Enquête « Isolement et vie relationnelle »*. Document intégral, 2006 : 60-71.
En ligne : http://www.petitsfreres.asso.fr/Webmaster/images/documentation_pdf/27septembre/rapport_final_et_annexes.pdf
- Bréchat P.H., Vogel T., Bérard A., Lonsdor-

fer J., Kaltenbach G., Berthel M. *Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ?* Santé publique 2008 ; 20 (5) : 475-87.

- Cattani M., White M., Bond J., Learmouth A. *Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions*. Ageing and Society 2005; 25 (n° 1): 41-67.
- Cassou B. *Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées*. Gérontologie et société 2008 ; n° 125 : 236 p.
- Corman B., Lauque S., Vanbockstael V., Teillet L. *Les programmes d'éducation à la santé semblent efficaces pour bien vieillir*. Gérontologie et société 2008 ; n° 125 : 105-19.
- Esparre C., Argoud D., Ollivro J., et al. *Fondation de France. Diversité des parcours de vie : source de créativité dans les projets*. In : *Vieillir dans son quartier – dans son village. Des aménagements à inventer ensemble*. Forum national Paris 12-13 octobre 2004. Paris : Fondation de France, 2005 : 49-52.
- Henrard J.-C. (coord.). *Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées*. In : *La santé des personnes âgées*. BEH (numéro thématique) 2006 ; n° 5-6 : 45-7.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/05_06/beh_05_06_2006.pdf
- Karrer M., Buttet P., Vincent I. *Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées*. Santé publique 2008 ; 20 (1) : 69-80.
- Malki M. *L'intergénération : une démarche de proximité. Guide méthodologique*. Paris : La Documentation française, 2005 : 160 p.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Vieillir en restant actif*. Genève : OMS, 2002 : 60 p.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- Oxley H. *Policies for Healthy Ageing: An Overview*. Paris: OCDE, 2009: 32 p.
En ligne : <http://www.oilis.oecd.org>
- Richard L., Gauvin L., Gosselin C., Ducharme F., Sapinski J.-P., Trudel M. *Integra-*

ting the ecological approach in health promotion for older adults: a survey of programs aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. International Journal of Public Health 2008; 53 (1): 46-56.

• Rapin C.H., Mahler E. (préf.), Stalder H., et al. *Stratégies pour une vieillesse réussie. Un concept de santé communautaire pour les personnes âgées qui va des problèmes aux solutions et de la théorie à la pratique.* Genève : Médecine et Hygiène, 2004 : 288 p.

► Sites Internet et organismes ressources

• Age, la plate-forme européenne des personnes âgées

Cette association a pour but d'exprimer et de promouvoir les intérêts des personnes âgées dans l'Union européenne. Age s'est engagée à combattre toutes formes de discrimination liées à l'âge dans tous les domaines de la vie.

Age : Rue Froissart 111 – 1040 Bruxelles (Belgique) – Tél. : +32 2 280 14 70 – Fax : +32 2 280 15 22 – Mél : info@age-platform.org
En ligne : <http://www.age-platform.org/FR/>

• Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA)

La CNSA est chargée de répartir les moyens financiers et d'apporter un appui technique. Elle a pour mission de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

CNSA : 66, avenue du Maine 75682 Paris Cedex 14 – Tél. : 01 53 91 28 00

• Direction des études de l'évaluation et des statistiques (Dress)

Au sein du ministère de la Santé, cette direction produit des études et des statistiques dans les domaines de la santé, de l'action sociale et de la protection sociale. De nombreuses études conduites par la Dress concernent les personnes âgées, sur les thèmes de la dépendance, des établissements, du soutien à domicile, etc.

Dress : Ministère de la Santé et des Sports – 14, avenue Duquesne – 75700 Paris
Tél. : 01 40 56 60 00

En ligne : <http://www.sante-sports.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques/>

• Fondation nationale de gérontologie (FNG)

La FNG est un lieu de recherche, d'information et de formation sur les questions relatives à la vieillesse et au vieillissement. Elle possède un

centre de ressources documentaires écrites et audiovisuelles au niveau national. Elle produit une revue, *Gérontologie et sociétés*, qui aborde, à partir d'un thème donné, l'état de la réflexion et de la recherche. Son site Internet donne accès à l'interrogation de sa base de données et à celle du Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées (Cleirppa), aux études et recherches en gérontologie sociale et médicale ainsi qu'à des programmes et actions européens et internationaux. La FNG a aussi pour mission de proposer des formations méthodologiques qui contribuent à changer les représentations stéréotypées et négatives de l'avance en âge.

FNG : 49, rue Mirabeau – 75016 Paris – Tél. : 01 55 74 67 14 – Mél : doc@fng.fr (doc écrite) Tél. : 01 55 74 67 12 – Mél. : audiovisuel@fng.fr (audiovisuel)

En ligne : <http://www.fng.fr/>

• Mutualité sociale agricole (MSA)

Les actions de la MSA sont axées sur la prévention de la perte d'autonomie et sur le maintien des personnes âgées dans leur cadre de vie. À noter, l'accès en ligne aux ressources intitulées « Les ateliers du bien-vieillir ». S'adressant aux personnes de plus de 55 ans, assurés MSA ou non, ces ateliers ont pour objectif de mieux les responsabiliser vis-à-vis de leur capital santé. Un cycle de six ateliers permet de s'informer sur les clés du mieux vivre et du bien-vieillir sur les thématiques suivantes : le bien-vieillir, l'alimentation, les cinq sens, l'ostéoporose, le sommeil, le médicament et un atelier en option : le dentaire.

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

Les Mercuriales – 40, rue Jean-Jaurès – 93547 Bagnolet Cedex –

Tél. : 01 41 63 77 77 – Fax : 01 41 63 72 66

En ligne : <http://www.msa.fr>

En ligne : http://www.ateliers-du-bien-vieillir.fr/front/id/ateliersdubienvieillir/S_Les-Ateliers-du-Bien-Vieillir

• Plan Healthy Ageing

Cofinancé par la Commission européenne, le projet *Healthy ageing* visait à promouvoir le vieillissement en bonne santé chez les personnes de 50 ans et plus. Les objectifs principaux ont été de contrôler et d'analyser les données existantes sur la santé et le vieillissement afin de produire un rapport présentant des recommandations et une stratégie globale pour les mettre en œuvre.

En ligne : <http://healthyageing.eu/>

• Plan national Bien Vieillir 2007-2009

La France s'est dotée d'un plan de prévention en gérontologie. Son objectif est de créer une dyna-

mique préventive destinée aux seniors autour de trois thématiques : la nutrition, l'activité physique et le lien social. L'évaluation des stratégies mises en place demeure une préoccupation essentielle, selon une règle bien établie en santé publique.

En ligne : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/>

• Survey on health ageing and retirement in Europe (Share)

L'enquête européenne Share, menée tous les deux ans depuis 2004, est une opération internationale et multidisciplinaire menée pour la France par l'Irdes en collaboration avec l'Insee. Elle interroge à travers toute l'Europe un échantillon de ménages dont au moins un membre est âgé de 50 ans et plus. L'objectif est de créer un panel européen axé sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. Les questions posées, identiques dans tous les pays, portent sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie. L'enquête 2006 a porté sur quatorze pays : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Suède, Suisse.

En ligne : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/SHARE/EnqueteSHARE.html>

► Ressources multimédia

• **Grandir & Vieillir [CD-Rom]**. FNG/Université Paris-1–Paris-Sorbonne – DESS Multimédia en sciences et technologies des médiations de la culture et des savoirs/FNG, 2003. CD-Rom joint à l'ouvrage : *Grandir & vieillir : le parcours de vie. Pour initier, comprendre, accompagner les jeunes et les moins jeunes dans leur parcours de vie.*

• **Je vieillis, tu vieillis, il (ou elle) vieillit. Parcours**. Baron-Chevet B. Terrier R. (réal.). On Stage production – TLM, 2004 : 52'.

• **Les ateliers du bien vieillir**. Genest M. CCMSA – Communication, MSA, 2006 : 32'.

• **Longévité : mode d'emploi [DVD]**. Bonnel M., ESV Production, 2002 : 130'.

• **« Mieux vieux tard que jamais ! »** (dossier de Matière grise n° 50 – Émission du 09/05/2007). Bourlard T. RTBF/CERIMES Centre de ressources et d'information sur les multimédias pour l'enseignement supérieur, 2007 : 44'.

• **Sur le chemin du bien-être [DVD ; livret]**. Association pour le soutien de l'étude du vieillissement (ASEV) Asbl, avec le soutien de la Fondation Pfizer, 2005 : 23'.

Sandra Kerzanet

Documentaliste

Véronique Fava-Natali

Responsable du département Documentation, INPES.

Cinéma et vieillissement

Bien vieillir, ce n'est pas seulement bien manger, bouger plus, boire peu (ou pas ?)... C'est en tout cas ce que le cinéma semble nous indiquer. Les films abordant la question du vieillissement ne sont pas très nombreux, en comparaison par exemple de ceux qui évoquent l'adolescence. Les longs métrages que nous avons pu repérer parlent essentiellement des relations sociales et humaines que nos sociétés et que nous-mêmes sommes en capacité ou en difficulté de faire vivre à l'âge de la vieillesse... Et si une fois de plus la lumière des salles obscures nous éclairait utilement ?

Gran Torino Un film de Clint Eastwood États-Unis, 2008, 1 h 55

La carrière de Clint Eastwood, acteur et réalisateur, a étonné plus d'un observateur : icône d'une virilité taciturne dans les westerns spaghettis de Sergio Leone (*Et pour quelques dollars de plus ; Le Bon, la Brute et le Truand...*) ou dans la série de films policiers de l'inspecteur Harry, il réalise à partir des années 1970 des films souvent marqués par la nostalgie et l'ambiguïté (*Bird* en 1988, *Sur la route de Madison* en 1995, *Mystic River* en 2003...). En même temps, il se met lui-même en scène comme acteur dans des rôles où son propre vieillissement, loin d'être nié, a une réelle importance : en cela, sa carrière se distingue notamment de celle de ses grands aînés du cinéma classique américain (dont on le rapproche souvent), comme John Ford qui évoque dans nombre de ses films le passage de l'âge mais à travers la personnalité d'acteurs fétiches (comme John Wayne).

Dans *Unforgiven* déjà (*Impitoyable*, 1992), un western crépusculaire qui semble sonner le glas du genre, Eastwood, alors dans la soixantaine, joue le rôle d'un cow-boy veuf, pauvre, vieillissant, qui ne monte plus que difficilement à cheval. Beaucoup plus ironique et léger, *Space Cowboys* (2000) le transforme en retraité de la Nasa appelé pourtant à remplir une mission spatiale que ses collègues plus jeunes sont incapables d'accomplir. *Million Dollar Baby* (2005) le voit en entraîneur d'une boxeuse qui pourrait être sa fille (ou même sa petite-fille) mais qui va lui renvoyer l'image de l'échec de sa propre vie.



D.R. GRAN TORINO

Dans *Gran Torino* (2009), enfin, il incarne un veuf retraité que ses enfants veulent mettre dans une maison de retraite mais qui va s'obstiner à continuer à vivre seul dans sa maison. Le quartier se transforme cependant et se peuple d'immigrants notamment asiatiques, ce qui ne manque pas de susciter des réflexions amères chez cet ancien combattant de la guerre de Corée, ancien ouvrier de Ford, qui constate que ses concitoyens préfèrent désormais acheter des voitures japonaises. Il va pourtant se lier peu à peu avec un jeune garçon d'origine hmong¹, souffredouleur des bandes des alentours...

Hargneux, misanthrope, le vieux Kowalski semble encore vouloir jouer au justicier, le fusil à la main, mais ce rappel des rôles anciens de Clint Eastwood apparaît en fait comme un démenti ou un faux-semblant : l'âge a changé son regard sur le monde, et la relation aux autres jusque-là méprisés ou rejetés, devient au final son véritable

objectif. La volonté de justice s'efface alors devant un désir de réconciliation. Comment se réconcilier avec les autres, avec les générations qui le suivent, avec le monde qui vient, telle semble être cette leçon de fin de vie. On ne parlera cependant pas de leçon de morale mais plutôt d'un véritable changement de point de vue (ou de priorités) que provoque ou que permet l'âge avec le retrait notamment de la vie active.

Si la question de l'âge est souvent posée en termes de santé physique, ce film et d'autres (on peut également songer à ce grand classique de Bergman, *Les Fraises sauvages*) soulignent combien les relations sociales ou simplement humaines deviennent alors importantes.

Les Plages d'Agnès Un film d'Agnès Varda France, 2008, 1 h 50

Agnès Varda, auteur confirmée, étroitement liée à la Nouvelle Vague, a une

réputation qui peut être intimidante pour certains spectateurs. Parmi ses derniers films, *Le Glaneur et la Glaneuse* et *Les Plages d'Agnès* lui ont permis néanmoins de séduire un plus large public.

Les Plages d'Agnès se présente comme un documentaire autobiographique qui permet à Agnès Varda de passer en revue quelques grandes étapes de sa vie et surtout de faire état d'un grand nombre de rencontres, en particulier celle avec Jacques Demy, son compagnon, disparu trop tôt, en 1990. Plutôt qu'un récit strictement chronologique, la cinéaste a néanmoins préféré une forme légère, un collage de moments et de bouts de films qu'accompagne sa voix chaude et enveloppante. Si la mélancolie n'est pas absente, l'humour et la liberté de ton donnent une étonnante vitalité à l'ensemble. Les plages qu'elle aime particulièrement y forment notamment un motif récurrent, tout en lui permettant de subtiles expériences visuelles.

Loin de toute forme de bilan, le film vagabonde ainsi à travers les époques avec d'incessants allers-retours entre le passé et le présent, entre les traces d'une histoire et un travail actuel, toujours intense. À « quatre-vingts balais » (selon sa propre expression), Agnès Varda fait face sans détour à l'âge et au passage du temps avec des évocations chaleureuses (de ses enfants ou de ses petits-enfants, notamment) et des moments de deuil ; mais elle donne surtout une belle leçon de créativité qui apparaît comme la clé (ou une des clés) d'une vieillesse heureuse.

Une histoire vraie Un film de David Lynch États-Unis, 1999, 1 h 51

Le titre original, comme souvent, est plus intéressant que sa traduction : « A Straight Story ». « Straight » se trouve être l'authentique nom de famille du personnage principal (car il s'agit... d'une histoire vraie, pour aussi incroyable qu'elle puisse paraître), mais ce terme signifie également « droit », « correct », « juste »...

Cette histoire peut se résumer en quelques lignes : Alvin Straight, sémillant vieillard de 73 ans, décide en apprenant l'attaque cardiaque de son frère, avec qui il est brouillé depuis plus de dix ans, de faire le voyage de l'Iowa jus-

qu'au Wisconsin afin de renouer avec lui. Mais ne sachant pas conduire et ne voulant ni prendre le car, ni être conduit par quelqu'un d'autre, il va décider d'entreprendre les quelque 600 km qui séparent les deux États en utilisant... sa tondeuse à gazon, attelée d'une sorte de roulotte de camping !

Alvin décide donc de « *prendre la route à nouveau* » pour nous proposer en effet un véritable « road-movie » si cher à la littérature et au cinéma américains. Le film épouse le rythme de ce personnage et de ce pèlerinage incroyables : celui lent et fragile d'un vieil homme qui s'aide de deux cannes pour marcher et se déplace à bord d'un véhicule guère plus rapide qu'un vélo. Très vite s'efface le sentiment d'assister à un voyage bizarre au profit d'une familiarité naturelle avec l'entreprise d'Alvin Straight, qui déclare que « *l'on voit mieux les choses assis* ». Par la fluidité de la mise en scène, le film devient l'espace arpenté par Alvin. Qu'Alvin soit contraint à la suite d'une panne de revenir en arrière pour changer de véhicule, le film s'en retourne avec lui. De même, quand un camion le double et que la violence du souffle d'air fait s'envoler son chapeau, David Lynch accorde à Alvin tout le temps nécessaire pour arrêter son moteur, saisir ses deux cannes et aller ramasser l'objet échoué sur la route, quelques mètres plus haut.

À l'heure de notre frénésie moderne, des spectateurs pourront trouver ce film exagérément lent. C'est précisément l'un de ses propos importants que de prétendre que des aspects importants de l'existence ne se perçoivent qu'avec des retours en arrière, des pauses, de la patience. C'est sans doute ce que la vieillesse peut apprendre et que notre vie moderne permet de plus en plus rarement...

Au terme du voyage, Alvin retrouve son frère, Lyle (poignant Harry Dean Stanton). Nous n'apprenons rien ou très peu de leur querelle ancienne. Mais, plutôt que l'effort si singulier de ce voyage, cette tentative de rapprochement si singulière permet de retrouver le respect et de retisser le lien rompu depuis longtemps. Si Alvin a fait un tel chemin pour venir le voir, Lyle ne peut pas faire moins que de l'accueillir, au sens le plus humain du mot.

Mischka

Un film de Jean-François Stevénil
France, 2002, 1 h 56

Mischka est un vieillard oublié par sa famille au bord d'une autoroute. En marchant, il arrive dans un hospice de Bourgogne où il est accueilli par Gégène, un infirmier, lui aussi passablement malmené par la vie. En bisbille avec la direction, Gégène prend en affection le vieillard mutique et obèse, et le baptise Mischka, comme le petit ours solitaire des albums du Père Castor. Et c'est ainsi que débute ce road-movie tout à fait à la française cette fois-ci et sur les routes de la Bourgogne à la Gironde. Mais le voyage est capricieux, les rencontres et les hasards se succèdent. Certains personnages sont mobiles, et feront route avec les deux compères : la jeune Jane et son petit frère, la bohémienne Joli-Coeur. D'autres sont sédentaires, et seront au centre de certaines digressions du récit, comme Muller, le copain un peu fêlé de Gégène, autour de qui se met en place l'une des scènes les plus surprenantes du film, celle où Johnny – Le Johnny – descend du ciel en hélicoptère pour venir au milieu des champs voir son vieux pote.

Ces accès d'in vraisemblance semblent affirmer que nos voies les plus fondamentales sont parfois à rechercher hors des sentiers battus. Jane veut retrouver son père, Gégène se trouver une fille, et Mischka veut vivre, tout simplement, entouré de cette nouvelle famille qu'il s'est trouvée sans le vouloir et qui se maintient autour de lui par une sorte de pouvoir magique de l'amitié.

Le film s'ouvre sur les exaspérations d'un vacancier conduisant sa tribu (épouse, filles et père impotent) vers les plages de l'Atlantique : personne n'est heureux de son sort, les gens restent ensemble et rêvent d'aller ailleurs. Les « héros » de Stevénil sont à la dérive, pas à leur place, embarrassés de leur corps et de rêves qu'ils ont du mal à dire. C'est donc une véritable évasion que vont réaliser Mischka et Gégène ; mais ces hommes « libres » n'auront de cesse de retrouver des liens avec les autres. Gégène retrouvera-t-il un père, une fille, puis une femme ? Massif, placide, toujours un peu égaré, mais parfois tellement lucide, le personnage de Mischka semble incarner ce besoin de lien humain que la vieillesse n'atténue pas. Au contraire.

Wolke 9 – Septième ciel

Un film d'Andreas Dresen
Allemagne, 2008, 1 h 36

Wolke 9 est l'œuvre d'un jeune cinéaste allemand, Andreas Dresen, qui met en scène un couple : Inge, la soixantaine, et son mari, Werner, un peu plus âgé qu'elle. Pour gagner un peu d'argent, Inge fait des petits travaux de couture. C'est ainsi qu'elle rencontre Karl, 76 ans, qui a quelques vêtements à faire retoucher. Entre eux, c'est le coup de foudre : Inge devient la maîtresse de Karl. Si ce n'était l'âge, c'est à une histoire d'amour banale que nous assisterions. Mais, précisément, c'est l'âge des protagonistes qui fait toute la différence.

Amoureuse, Inge entame une double vie : d'un côté, la passion, le plaisir sexuel, la complicité muette... de l'autre, le secret, l'affection et la tendresse pour son mari, entachées de la crainte que toute sa vie bascule. Et, en effet, alors que la fille de Inge (qui n'est pas la fille de Werner) apprend avec surprise, certes, mais aussi avec une joie et une émotion sincères la nouvelle de la passion toute neuve de sa mère, Werner, lui, n'accepte pas la confession de sa femme et entre dans une colère assez bouleversante. Finalement, Inge quittera le domicile conjugal pour s'installer chez Karl, laissant Werner dans un état de dépression irréversible.

Le film se distingue par son réalisme mais aussi par sa justesse, autant dans les scènes d'amour, montrées sans fausse pudeur, où l'on voit les corps nus et flétris, que dans les scènes ordinaires (garde un peu « obligée » des petits-enfants, participation à la chorale, dimanches en famille, etc.). Mais le plus surprenant est sans doute la « transfiguration » des amants : Inge se sent comme une jeune fille ; elle rajeunit en vivant cette passion inattendue. Il faut voir son fou rire d'adolescente alors qu'elle raconte à son mari une devinette salace que lui a posée son amant... Il faut voir aussi l'émotion des amoureux lorsque Inge rejoint Karl à une manifestation sportive à laquelle il l'a invitée, alors qu'elle avait décidé que leur première relation sexuelle n'aurait pas de suite, jugeant sans doute déraisonnable une liaison adultère à son âge...

Avec *Wolke 9*, Andreas Dresen développe le thème de la sexualité des per-



D.R. O'HORTEN LA NOUVELLE VIE DE MONSIEUR HORTEN

sonnes âgées mais aborde surtout la jeunesse du cœur et des sentiments qui ne semblent pas vieillir au même rythme que les corps. À l'incandescence des sentiments de Inge pour Karl répond la souffrance de Werner, touché par la jalousie et le sentiment d'abandon. Au final, c'est un regard humaniste et plein de respect porté sur la vieillesse, qui invite le spectateur de tout âge à dépasser les préjugés et les stéréotypes.

O'Horten – La Nouvelle Vie de monsieur Horten

Un film de Bent Hamer
Norvège, 2007, 1 h 30

Bent Hamer, réalisateur norvégien, entreprend de nous conter la fin de la carrière professionnelle de Monsieur Horten, conducteur de train. En effet, Monsieur Horten a atteint l'âge de la retraite et son TGV file pour la dernière fois dans les immensités glacées entre Oslo et Bergen. Ses collègues des chemins de fer ont organisé un pot de départ mais l'immeuble dans lequel la réception doit se tenir est en cours de sablage et Monsieur Horten, face à un immense échafaudage couvert de bâches, n'en trouve pas l'entrée ! C'est ainsi que commence pour lui une nuit très étrange, pleine de rencontres inattendues et d'incidents improbables, à tel point que pour la première fois de sa vie, Monsieur Horten rate « son dernier voyage » : le lendemain matin, il n'arrive pas à l'heure à la gare, où il doit, pour la dernière fois, faire le retour vers Oslo.

O'Horten est une comédie poétique et loufoque sur « la nouvelle vie » qui commence à la soixantaine,

quand s'achève la vie professionnelle. L'existence de conducteur de train de Monsieur Horten a toujours été réglée par les procédures et les horaires à respecter. Mais, bizarrement, c'est lors de sa dernière journée de travail, que celui-ci « déraile » et se trouve confronté à des situations auxquelles il n'est pas préparé. Qu'il soit « pris en otage » par un enfant en mal de marchand de sable, monté dans la voiture d'un monsieur qui préfère conduire les yeux bandés ou chaussé de bottines rouges à talons appartenant à une femme, Horten vit toutes sortes d'événements absurdes, burlesques et décalés qui fonctionnent comme les petits signaux d'une vie radicalement différente, à envisager avec de l'insouciance, voire de l'enchantement.

Réjouissant et optimiste, *O'Horten* présente la retraite comme une nouvelle vie, où la liberté est à reconquérir, où les chemins de traverse sont à explorer. Dans cet espace et ce temps tout neufs qui s'offrent à lui, Horten découvre la légèreté de l'existence lorsqu'on est libéré des obligations et des contraintes. Il lie de nouvelles relations sociales, fait des choses qu'il n'a jamais faites auparavant et va même dépasser ses peurs pour réaliser son rêve (à moins que ce soit celui de sa mère...), incarnant ainsi l'idée qu'il n'est jamais trop tard...

Michel Condé et Anne Vervier

Les Grignoux, Liège, Belgique.

Alain Douiller

CoDES de Vaucluse.

1. Pour rappel, il s'agit d'une population du Sud-Est asiatique.

Souffrance au travail : des secteurs davantage exposés

Les métiers et secteurs les plus exposés à la souffrance au travail sont les professions intermédiaires, les finances et l'administration publique. Ce constat est dressé par l'enquête Samotrace de l'Institut de veille sanitaire. Les chercheurs soulignent la nécessité de poursuivre ces travaux, dans le cadre de ce programme de surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle. Globalement, un mal-être est déclaré par un tiers des femmes et un quart des hommes.

Depuis quelques décennies, l'évolution du monde du travail nécessite qu'une attention grandissante soit portée à la souffrance psychique en lien avec l'activité professionnelle. D'après la littérature épidémiologique internationale, il est établi que l'exposition à certaines contraintes de travail, principalement les expositions psychosociales¹, peut être responsable d'atteintes de la santé mentale, allant du « mal-être » jusqu'à la maladie psychiatrique avérée telle que l'épisode dépressif majeur (1).

Dans ce contexte, le département Santé Travail de l'Institut de veille sanitaire (InVs) a développé – en collaboration avec des sociétés savantes de médecine du travail², les directions régionales du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle (DRTEFP) du Centre et de Rhône-Alpes et des universitaires³ – un programme de surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle, intitulé Samotrace. Son objectif principal est de décrire la santé psychique des salariés selon leur emploi (principalement profession et secteur d'activité).

Le programme Samotrace est actuellement en phase pilote implantée dans deux zones géographiques françaises : la zone Centre (régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes) et la zone Rhône-Alpes (départements du Rhône et de l'Isère). Il comporte trois volets indépendants, utilisant des méthodes d'analyse quantitative (épidémiologie pour les volets « épidémiologie en entreprise » et « médico-administratif ») pour les deux premiers volets ou d'ana-

lyse qualitative (clinique médicale du travail) pour le troisième volet.

Les résultats présentés dans cet article concernent exclusivement le volet épidémiologie en entreprise de la zone Centre, pour laquelle le recueil de données s'est terminé en 2008.

Un réseau de médecins volontaires

Ce volet s'appuie sur la participation volontaire des médecins du travail, quel que soit leur secteur d'activité. En zone Centre, 110 médecins du travail ont participé au recueil de données sur deux années. Celui-ci était effectué au cours de la visite périodique de médecine du travail. Chaque semaine, les médecins du travail proposaient à un salarié tiré au sort de participer à l'étude. Les données étaient recueillies par un autoquestionnaire rempli en salle d'attente (puis remis à l'équipe médicale) et complété par un questionnaire administré par le médecin.

La santé mentale a été principalement explorée par le *General Health Questionnaire* à 28 questions (GHQ₂₈ ou questionnaire de santé générale) (2). Cet outil décrit un mal-être à travers quatre dimensions : symptômes dépressifs, symptômes anxieux, symptômes physiques et relations sociales. Un autre indicateur est présenté ici : les problèmes d'alcool explorés par le questionnaire Deta (3) qui décrit une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool.

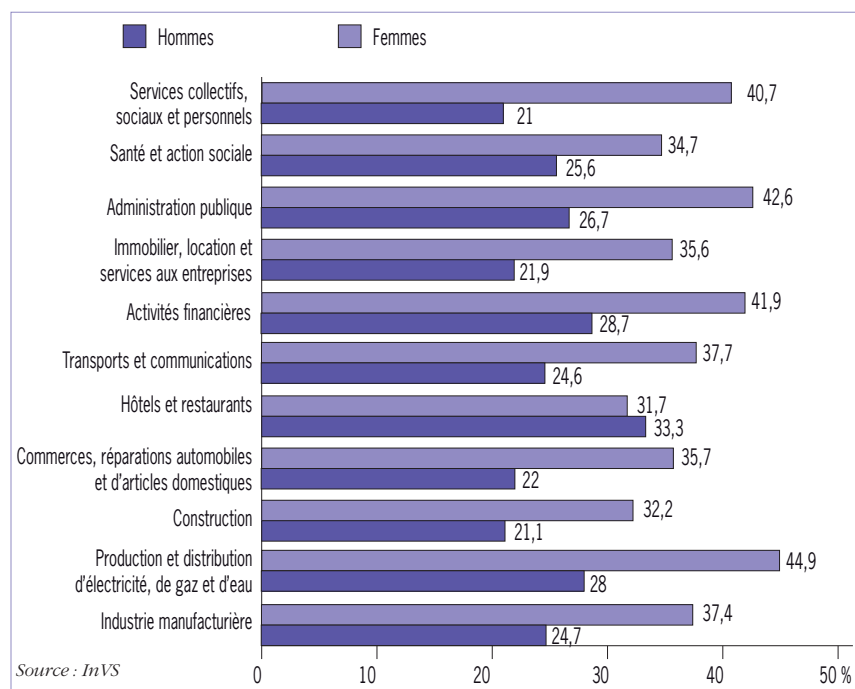
La participation des médecins du travail en zone Centre a permis d'in-

clure 6 056 salariés dans l'échantillon Samotrace. Ceux-ci sont globalement représentatifs des salariés des trois régions concernées sur les variables suivantes : sexe, âge, catégorie sociale et secteur d'activité. On note cependant la sous-représentativité de certains secteurs tels que l'agriculture et l'éducation. L'échantillon comporte 57 % d'hommes et 43 % de femmes. L'âge moyen est de 41 ans.

L'exposition psychosociale au travail

Un mal-être (selon le GHQ₂₈) est déclaré par 24,5 % des hommes et 37,1 % des femmes (différence significative). La *figure 1* décrit la prévalence du mal-être selon le secteur d'activité. Les catégories des professions intermédiaires (salariés occupant une position intermédiaire entre les cadres et les agents d'exécution, ouvriers ou employés, ex : technicien, infirmière) semblent un peu plus touchées que les autres classes sociales de salariés : cadres, employés et ouvriers, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative. Au sein de ces catégories, certains contrastes sont notables. Chez les femmes, la catégorie des professions intermédiaires de la Fonction publique est particulièrement touchée (effectifs faibles chez les hommes). Chez les hommes, les employés administratifs et commerciaux des entreprises ont une prévalence de mal-être nettement supérieure à la moyenne. Les secteurs où la prévalence du mal-être est la plus forte sont ceux des activités financières et de l'administration publique pour les deux sexes.

Figure 1. Mal-être et secteur d'activité

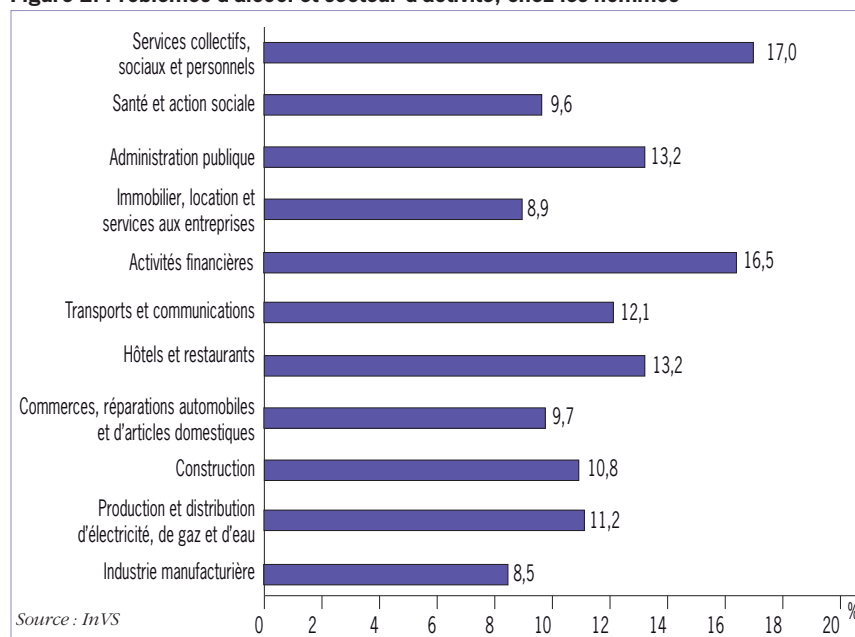


Le risque de dépendance à l'alcool

Un problème avec l'alcool est identifié à l'aide du Deta chez environ 10,5 % des hommes et 2,3 % des femmes. On n'observe pas de différence de prévalence selon les quatre catégories sociales de salariés : cadres, professions intermédiaires, employés, et ouvriers. En revanche, certaines catégories professionnelles semblent plus concer-

nées : employés administratifs des entreprises, professions intermédiaires de la Fonction publique et de la santé (mais les effectifs sont faibles), ouvriers non qualifiés du secteur artisanal. On observe également des différences par secteurs d'activité (figure 2). Chez les hommes, la prévalence de problèmes d'alcool est la plus forte dans les secteurs suivants : activités financières et services collectifs sociaux et personnels.

Figure 2. Problèmes d'alcool et secteur d'activité, chez les hommes



La prévalence est également supérieure à la moyenne dans le secteur de l'hôtellerie-restauration mais l'effectif de ce secteur est faible (inférieur à 100) et les résultats doivent être interprétés avec prudence.

Pistes de recherche sur la santé mentale au travail

Quelques limites de cette étude doivent être précisées. Un biais dans la constitution de l'échantillon ne peut être complètement écarté. Il existe en effet deux niveaux de sélection dans cette étude : un premier niveau avec le volontariat des médecins du travail et un second niveau avec les refus de participation des salariés ; toutefois ce dernier semble faible. Concernant le recrutement des médecins volontaires, la bonne représentativité de l'échantillon en termes de professions et de secteurs d'activité limite l'effet de sélection lié au volontariat. Par ailleurs, le déroulement de l'enquête en milieu de travail, avec un regard possible du médecin du travail sur les questionnaires, pourrait avoir biaisé les réponses des salariés mais ce biais semble limité. En effet, les résultats obtenus sont cohérents avec ceux d'autres études, comme l'étude Sumer 2003 pour les expositions psychosociales (4) pour lesquelles il n'y a pas eu de recours à la médecine du travail.

En revanche, certains atouts de l'étude méritent d'être soulignés. Très peu d'études ont été menées jusqu'à présent sur un champ aussi large en termes de professions et de secteurs d'activité. De plus, l'échantillon de plus de 6 000 salariés permet une analyse distincte des hommes et des femmes dans de nombreux secteurs d'activité. Ce qui est intéressant ici n'est pas tant les valeurs de prévalence des indicateurs de santé mentale que l'existence de différences de prévalence entre catégories professionnelles et secteurs d'activité. Par ailleurs, seuls les résultats concernant la santé mentale ont été présentés ici, mais le programme Samotrace fournit également de nombreuses données sur les expositions professionnelles aux facteurs psychosociaux, principalement la tension au travail issue du modèle de Karasek et le déséquilibre effort/récompense du modèle de Siegrist (5, 6). Les liens entre la santé psychique et ces expositions professionnelles pourront ainsi être étudiés.

Il s'agit de premiers résultats issus de ce programme en zone Centre. Ils montrent déjà la fragilité potentielle de certaines catégories professionnelles (professions intermédiaires) ou secteurs d'activité (finances et administration publique) justifiant ainsi la poursuite et l'approfondissement de la surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle. De nombreux autres résultats seront produits courant 2010.

Christine Cohidon, Marie Murcia et le comité de pilotage de Samotrace Centre

(J. Albouy, B. Arnaudo, F. Bardot, C. Berson, C. Bertin, M. Chevalier, C. Cohidon, J.-Y. Dubré, J. Germanaud, M. Goldberg, D. Huez, E. Imbernon, G. Lasfargues, D. Roy).

1. Ensemble des facteurs se situant à l'intersection des dimensions individuelle, collective et organisationnelle de l'activité professionnelle.
2. Institut de médecine du travail du Val de Loire, Société de médecine du travail Val de Loire, Société de médecine du travail Dauphiné-Savoie, Société de médecine du travail et d'ergonomie de Lyon.
3. G. Lasfargues, université Tours, P. Davezies, université Lyon-1.

► Références bibliographiques

- (1) Netterstrøm B., Conrad N., Bech P., et al. *The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression.* Epidemiol. Rev. 2008; 30: 118-32.
- (2) Goldberg D.P., Hillier V.F. *A scaled version of the General Health Questionnaire.* Psychol. Med. 1979; 9 : 139-45.
- (3) Mayfield D., McLeod G., Hall P. *The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument.* Am. J. Psychiatry. 1974; 131: 1121-3.
- (4) Dares. *Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003.* Premières informations, premières synthèses 2008 ; n° 22.
- (5) Niedhammer I. *Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort.* Int. Arch. Occup. Environ. Health. 2002; 75(3): 129-44.
- (6) Niedhammer I., Siegrist J., Landre M.F. *Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance model.* Rev. Épidémiol. Santé Publique 2000 ; 48(5) : 419-37.

Entretien avec Fabienne Bardot, médecin du travail

« Dans l'entreprise, les mauvaises décisions sont porteuses de mal-être »

La Santé de l'homme : Quels sont les enseignements que vous tirez de votre participation au programme Samotrace ?

Fabienne Bardot : Les principaux résultats de ce programme confirment ce que, dans ma pratique, je vérifie tous les jours. Les problèmes de souffrance mentale, je reviens là-dessus, sont présents en particulier, d'abord, chez des salariés exerçant des professions intermédiaires. Je pense, par exemple dans le secteur de la santé, aux personnes qui prodiguent des soins, travaillent dans des cliniques ou des maisons de retraite. Des personnes qui sont en charge des autres, donc de par cette charge sont peut-être plus fragiles au sens psychologique du terme. Le secteur bancaire n'est pas épargné non plus, alors que celui du bâtiment, a contrario de ce que nous pouvions penser, est moins touché.

S. H. : Comment définissez-vous la souffrance mentale qui affecte certains salariés ?

La souffrance mentale au travail est le résultat d'un certain nombre de facteurs qui rendent la vie difficile à une personne dans un cadre professionnel. Il s'agit d'un inconfort psychique provoqué par une tension, une insatisfaction, une cause relationnelle. Dans notre métier, nous évoluons un mal-être. Et cela peut avoir des conséquences psychologiques graves. Je préfère, en ce qui me concerne, parler de souffrance mentale. Car, ce que je vois le plus souvent, ce sont des salariés qui sont dans le déplaisir, d'autres qui ne sont pas insérés dans leur travail comme ils devraient l'être, avec, dans certains cas, un conflit d'ordre éthique. Le salarié traverse alors une sorte d'épreuve difficile, un « vécu douloureux », le mot douloureux n'étant pas, bien sûr, à comprendre au sens physique.

S. H. : Comment abordez-vous cette problématique dans vos consultations ?

Pour rappel, ce sont les salariés qui viennent nous voir dans nos cabinets, sur rendez-vous, pour une visite considérée comme obligatoire.

Quand je me trouve devant une personne qui exprime un certain malaise, j'essaie de comprendre les raisons objectives de cette manifestation. J'explore, j'écoute ses propos, démarche assez difficile. Je constate, après trente années d'expérience dans un secteur professionnel essentiellement basé sur des petites et moyennes entreprises, qu'en général nous sommes en présence de conflits interindividuels. Les personnes disent « il (ou elle) ne m'aime pas, il (ou elle) me harcèle, il (ou elle) n'en veut qu'à moi », je crois qu'il faut aller chercher plus loin que ce simple constat. Je continue mon exploration avec la personne concernée et j'essaie de provoquer chez elle une prise de conscience. Ce n'est jamais moi qui donne la solution, mais vous savez, il existe une règle, hélas ! non encore aujourd'hui démentie : quand vous constatez des dysfonctionnements lourds au niveau d'une entreprise, cela se ressent sur l'ensemble des salariés.

S. H. : Selon vous, comment prévenir cette souffrance psychique ? Avez-vous une action particulière dans ce domaine ?

Je vais vous donner mon avis très personnel. Je ne crois pas du tout à la prévention en cette matière. Il me semble que cela n'est pas possible. Voyons comment sont prises les décisions au niveau d'une organisation professionnelle comme une banque par exemple, un secteur que nous connaissons bien comme vecteur de malaise social parmi nombre de ses salariés. Un objectif est pris par des décideurs, souvent inconnus des salariés, de faire vendre tel ou tel produit financier à des clients qui, souvent, ne sont pas concernés par ledit produit. Eh bien, il y a des salariés qui vivent cela très bien et d'autres qui se sentent mal. Comment mettre en place alors une prévention ? Selon moi, parler en médecine du travail de prévention, c'est évoquer un monde idéal, voire utopique. Je pense profondément que de mauvaises décisions sont porteuses de mal-être.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

L'obésité de l'enfant : éthique et déterminants.

Sous la direction d'Hervé Christian



Cet ouvrage aborde le sujet de l'obésité pédiatrique reconnue comme un enjeu de santé publique. Il synthétise les apports croisés des connaissances scientifiques et médicales à celui d'autres approches, principalement éthiques et sociologiques – reconnaissance de l'importance des déterminants socio-économiques et des représentations sociales.

L'obésité de l'enfant s'inscrit en France dans un contexte de forte prévalence au cours des dernières décennies et fait l'objet d'actions de prévention prenant en compte ses répercussions psychosociales. Ces actions/programmes sont proposés à partir des analyses des facteurs de risque et/ou causes de cette pathologie en tenant compte des facteurs économiques. Des recommandations à destination des professionnels de santé ont été élaborées.

Cette approche interdisciplinaire santé et éthique, objet de cette collection, vise la recherche du sens face aux actions menées auprès des enfants et des familles confrontées au surpoids et à l'obésité de l'enfant. Elle place l'éthique sociale au cœur du questionnement.

Véronique Fava-Natali

Paris : L'Harmattan, coll. L'éthique en mouvement, 2009, 62 pages, 12 €.

Espad 2007 : usages de drogues parmi les jeunes scolarisés de 35 pays d'Europe.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies



Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) est une enquête paneuropéenne sur l'alcool et autres drogues en milieu scolaire. Elle a pour objectif de collecter des données comparables sur la consommation de substances chez les jeunes Européens scolarisés, âgés de 15 à 16 ans. La dernière en date, Espad 2007, a été rendue publique en 2009 ; elle propose des données recueillies dans trente-cinq États et met en exergue les évolutions dans et entre ces pays.

Le site de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) propose un dossier complet sur cette étude. Il donne un accès direct à ses résultats – disponibles uniquement en anglais – mais propose également, en français, un résumé du rapport ainsi qu'un tableau récapitulatif des principales données par pays. L'internaute pourra également consulter le communiqué de presse publié par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) lors de la parution du rapport. Enfin, le site propose en téléchargement le n° 64 de la revue *Tendances*, publiée par l'OFDT ; numéro intitulé « Évolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête Espad 2007 ».

Céline Deroche

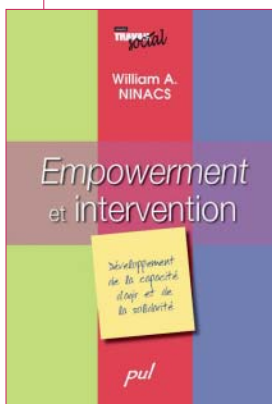
Page Internet, 2009. En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneeseuro.html>

[Dernière consultation le 06/05/2009]

Empowerment et intervention.

Développement de la capacité d'agir et de la solidarité.

William A. Ninacs



Le verbe anglais *to empower* signifie « donner le pouvoir, l'autorité » ou encore « habiliter ». Par définition, l'*empowerment* est la façon par laquelle l'individu accroît ses habiletés en favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle. L'*empowerment* au travers de sa dimension individuelle permettrait le développement de la santé communautaire par les attitudes, les valeurs, les capacités, les structures organisationnelles et le *leadership*.

Cette notion qui fleurit depuis quelques années dans nombre de textes diffusés, notamment dans les secteurs sanitaires et sociaux, n'est cependant que très peu documentée en langue française ; l'ouvrage proposé représente une exception dans le champ. Il est consacré au concept et à la dynamique qui en résulte et propose une méthode particulière d'intervention auprès des personnes et des communautés auxquelles elles appartiennent. Il appelle, en effet, à une intervention sociale et une action communautaire renouvelées en regard de la pauvreté et de l'exclusion.

Cet ouvrage didactique propose, dans un premier temps, une présentation détaillée des notions d'*empowerment* individuel et d'*empowerment* collectif, puis il développe la question de l'action, de l'intervention, basées sur l'*empowerment*, ses modèles, ses enjeux.

C. D.

Laval : Presses de l'université Laval (Pul), coll. Travail social, 2008 : 225 pages, 24,95 \$.

Vivre la maladie.

Ces liens qui me rattachent à la vie.

Silvia Bonino



En intégrant sa propre expérience de la maladie avec des connaissances fondamentales en psychologie du développement, l'auteur met sa compétence de psychologue à disposition de la personne malade, de son entourage et des soignants, permettant une meilleure compréhension du vécu de la maladie chronique. Ce livre démontre qu'il est possible de transformer ses limites en potentialités, en nouveau départ, et ainsi de mieux vivre avec la maladie chronique au quotidien. L'auteur met en évidence l'importance de la perspective biopsychosociale dans l'accompagnement du malade chronique et la nécessité de mieux communiquer entre professionnels de santé et soignés. Enfin, cet ouvrage propose, en plus de pistes de réflexion, une webographie et un carnet d'adresses des associations de patients francophones.

Anaïs Loaec

Bruxelles : De Boeck, coll. Comprendre, 2008, 142 pages, 19,50 €.

Traité de prévention

Sous la direction de François Bourdillon



Les professionnels de l'éducation pour la santé connaissent le *Traité de santé publique* ou encore le *Traité d'addictologie* au sein de la copieuse collection *Traité* publiée par le département Médecine-Sciences des éditions Flammarion. Ils disposent maintenant d'un précieux outil avec cette première édition du *Traité de prévention*.

Chaque sujet, étudié en quelques pages accompagnées d'une abondante bibliographie, constitue un concentré de l'état des

connaissances et des derniers travaux sur toutes les facettes de la prévention, actions préventives collectives dont les autorités ont la responsabilité, ou prévention visant les comportements individuels. L'ouvrage laisse une large place aux approches de promotion de la santé. Parmi les thèmes abordés, on notera les chapitres sur la place de l'éducation pour la santé en prévention, sur l'éducation thérapeutique, la promotion de la santé, ou encore l'évaluation en prévention. Le cancérologue Maurice Tubiana insiste dans sa préface sur la nécessaire rigueur scientifique sur laquelle doit se fonder la prévention.

Olivier Delmer

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, coll. *Traité*, 2009, 448 pages, 80 €.

La famille risquogène ? Enjeux de recherche en sciences humaines et sociales.

Une revue de littérature pluridisciplinaire.

Marie-Clémence Le Pape, Observatoire sociologique du changement



La collection *Notes & documents* propose des documents de travail de chercheurs et de doctorants de l'Observatoire sociologique du changement (Sciences-Po et CNRS). Dans ce cadre, la parole est donnée à Marie-Clémence Le Pape, sociologue, spécialiste de la transmission familiale. Elle analyse sous la forme d'une revue de littérature le lien entre famille et pratiques de prise de risques chez les jeunes. Pour ce faire, elle interroge une littérature scientifique internationale à la croisée des sciences de l'éducation, de l'épidémiologie, de la psychologie et de la sociologie. L'auteur évoque une nécessaire prise de recul par rapport aux concepts de « rôle parental » ou de « responsabilité familiale », qui semblent pourtant plébiscités dans la littérature. Selon elle, valoriser la parentalité – moteur d'épanouissement familial – serait une solution plus adaptée à la prévention des risques chez les jeunes.

C. D.

Notes & documents, n° 2008-04, Paris, OSC, Sciences-Po/CNRS : 101 pages.

En ligne : http://osc.sciences-po.fr/publication/nd_2008_04.pdf

[Dernière consultation le 04/05/2009]

Inégaux face à la santé.

Du constat à l'action.

Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang



L'objectif de ce livre est de fournir de façon aussi accessible que possible un état des connaissances sur les inégalités sociales de santé et sur les facteurs sur lesquels il est possible d'agir, et d'indiquer des pistes pour réduire ces inégalités.

La première partie examine les inégalités sociales de santé selon les différents âges de la vie. Dans une deuxième partie, sont examinées les situations spécifiques à différentes pathologies. La troisième partie analyse un ensemble de facteurs impliqués dans la construction des inégalités sociales de santé, facteurs parmi lesquels les déterminants externes au système de soins sont considérés comme plus importants que ce dernier. Cette partie se conclut sur les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé.

O. D.

Paris : La Découverte, coll. *Hors collection Social*, 2008, 298 pages, 21,50 €.

POUR UN ÉTÉ EN TOUTE SÉCURITÉ, 3 RÉFLEXES SIMPLES



Choisissez
les zones
surveillées
de baignade



Surveillez
vos enfants
en permanence



Tenez compte
de votre
forme physique

PROCUREZ-VOUS
LE MODE D'EMPLOI DE LA BAIGNADE
SUR WWW.INPES.SANTE.FR